

الله أكبر
٢



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی قزوین

دانشکده پرستاری و مامایی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه

عنوان پایان نامه:

بررسی تاثیر ماساژ بازتابی کف پا بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی قزوین در سال ۱۳۹۴

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر محمدرضا شیخی

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر محمد علی سلیمانی

مشاور آمار:

جناب آقای دکتر محمود علیپور

دانشجو:

رامین فرخیان




مهرماه ۱۳۹۵

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

دانشکده پرستاری و مامایی

صورت جلسه دفاع نهایی پایان نامه کارشناسی ارشد

بدین وسیله گواهی می شود که آقای رامین فرخیان دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری گرایش ویژه ورودی بهمن ۹۱ این دانشکده در تاریخ ۹۵/۰۷/۰۴ از پایان نامه تحصیلی خود با عنوان " بررسی تاثیر ماساژ بازتابی کف پا بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی قزوین در سال ۱۳۹۴" برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته پرستاری مراقبت های ویژه دفاع نموده و پایان نامه ایشان با درجه بسیار خوب نمره ۱۸/۳۳۳ مورد تصویب هیات داوران قرار گرفت. توفیق روزافزون ایشان را از درگاه خداوند آرزو مندیم.

امضاء	نام و نام خانوادگی	سمت اساتید محترم
	آقای دکتر محمد رضا شیخی	استاد راهنما:
	آقای دکتر محمد سلیمانی	استاد مشاور:
	آقای دکتر محمود علیپور	استاد مشاور:
	آقای دکتر جلیل عظیمیان	استاد داور:
	خانم دکتر فرنوش رشوند	استاد داور:
	خانم دکتر فروزان الفتی	نماینده شورای تحصیلات تکمیلی:

سپاسگزاری

اکنون که به یاری خداوند بزرگ این پژوهش به پایان رسیده است، جای دارد که مراتب تشکر و قدردانی خود را به حضور کلیه عزیزانی که پژوهشگر را در انجام این پژوهش یاری نمودند ابراز دارم.

از جناب آقای دکتر محمدرضا شیخی استاد محترم راهنما، که در تمام مراحل پژوهش مرا یاری نموده و از نظرات ارزشمند ایشان استفاده کردم صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایم.

از جناب آقای دکتر محمد علی سلیمانی استاد محترم مشاور، که در تمام مراحل پژوهش مرا یاری نموده و راهنمایی کردند صمیمانه تشکر می کنم.

از جناب آقای دکتر محمود علیپور استاد محترم آمار، که در تجزیه و تحلیل داده ها زحمات فراوانی کشیدند و از نظرات ارزشمند ایشان استفاده کردم صمیمانه قدردانی می نمایم.

از سرکار خانم دکتر جورابچی ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی، که در تمام مراحل پژوهش مرا یاری نمودند صمیمانه تشکر می نمایم.

از سرکار خانم دکتر محمدی معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، که در تمام مراحل پژوهش مرا راهنمایی نمودند صمیمانه تشکر می کنم.

از سرکار خانم دکتر اویسی مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری و مامایی، که در تمام مراحل پژوهش مرا یاری نمودند صمیمانه قدردانی می نمایم.

از سرکار خانم دکتر حسینی معاونت محترم دانشکده پرستاری و مامایی، که در تمام مراحل پژوهش مرا راهنمایی و یاری نمودند صمیمانه تشکر می نمایم.

از سرکار خانم رستمی مسئول محترم مرکز دیالیز و پرسنل زحمت کش آن مرکز، سرکار خانم لشگری و سرکار خانم کلانتری، مسئولین و کارکنان محترم کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی و همچنین بیماران همودیالیزی و خانواده های محترمشان صمیمانه قدردانی می نمایم.

تقدیم به:

همسر عزیز و مهربانم:

همسرم که صبورانه همراه و یاور من بوده و مرا تا رسیدن به آرزویم تنها نگذاشتند.

پدر و مادرم:

پدر و مادرم، گهرهای بی همتای عالم که همواره با صبری بی پایان و قلبی سرشار از محبت، حامی من بوده و مرا تا همیشه مدیون خویش ساخته اند.

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات خواب از مهمترین مشکلاتی است که بیماران همودیالیزی با آن مواجه هستند. دارودرمانی، رایج ترین روشی است که در حال حاضر برای درمان اختلالات خواب توسط این بیماران استفاده می شود که به نوبه خود دارای عوارض جانبی متعددی است. لذا انجام مداخله‌ای با کمترین عارضه جهت رفع اختلالات خواب در این بیماران دارای اهمیت ویژه‌ای است. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر ماساژ بازتابی کف پا بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی است که بر روی ۶۲ بیمار همودیالیزی شهر قزوین انجام شد. بیماران با استفاده از روش تصادفی به دو گروه شاهد و آزمون تقسیم شدند. قبل از مداخله پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ برای بیماران هر دو گروه تکمیل شد. در گروه آزمون، ماساژ بازتابی کف پا به مدت ۱۲ جلسه (سه روز در هفته به مدت ۴ هفته) ۳۰ دقیقه‌ای (هر پا ۱۵ دقیقه) انجام شد. پس از انجام مداخله مجدداً پرسشنامه کیفیت خواب برای بیماران هر دو گروه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و آزمون‌های توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که ماساژ بازتابی کف پا در طول زمان تاثیر معنی داری بر کیفیت خواب در گروه آزمون دارد ($P=0/001$). این در حالی است که در گروه شاهد تفاوت معنی داری از نظر کیفیت خواب در طول زمان مشاهده نشد ($P=0/096$). بین دو گروه قبل از انجام مداخله تفاوت معنی داری از نظر کیفیت خواب مشاهده نشد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که استفاده از ماساژ بازتابی کف پا، موجب بهبودی کیفیت خواب بیماران همودیالیزی می‌شود. بنابراین احتمالاً می‌توان از ماساژ بازتابی کف پا به عنوان یک مداخله مفید و موثر در بهبود کیفیت خواب بیماران همودیالیزی استفاده نمود.

واژه های کلیدی: همودیالیز، اختلالات خواب، کیفیت خواب، ماساژ بازتابی کف پا

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
-------	------

فصل اول: معرفی پژوهش

۱-۱. بیان مسئله و اهمیت پژوهش	۲
۱-۲. اهداف پژوهش	۶
۱-۳. فرضیه پژوهش	۶
۱-۴. تعریف واژه ها	۶

فصل دوم: دانستنی های موجود در زمینه پژوهش

عنوان	صفحه
-------	------

۲-۱. چهارچوب پنداشتی	۱۰
۲-۲. مرحله پایانی بیماری کلیوی	۱۹
۲-۳. دیالیز	۱۹
۲-۴. اختلالات خواب	۶۰
۲-۵. ماساژ بازتابی پا	۳۴
۲-۶. مروری بر متون	۳۸

فصل سوم: روش پژوهش

عنوان	صفحه
-------	------

۳-۱. نوع پژوهش	۴۳
۳-۲. جامعه پژوهش	۴۳
۳-۳. محیط پژوهش	۴۳
۳-۴. نمونه پژوهش	۴۳
۳-۵. روش نمونه گیری	۴۳

۳-۶. حجم نمونه	۴۴
۳-۷. معیارهای ورود به مطالعه	۴۵
۳-۸. معیارهای خروج از مطالعه	۴۵
۳-۹. ابزار گردآوری اطلاعات	۴۶
۳-۱۰. روش اجرا و طراحی تحقیق	۴۶
۳-۱۱. تجزیه و تحلیل داده ها	۴۷
۳-۱۲. ملاحظات اخلاقی	۴۷

فصل چهارم: یافته ها

عنوان	صفحه
۴-۱. یافته ها	۵۰

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

عنوان	صفحه
۵-۱. بحث و تحلیل یافته ها	۵۶
۵-۲. نتیجه گیری نهایی	۶۰
۵-۳. محدودیت های پژوهش	۶۱
۵-۴. کاربرد پژوهش در پرستاری بالینی	۶۱
۵-۵. کاربرد پژوهش در آموزش پرستاری	۶۱
۵-۶. کاربرد پژوهش در مدیریت پرستاری	۶۲
۵-۷. پیشنهادها برای پژوهش های آینده	۶۲
۵-۸. تشکر و قدردانی	۶۲
منابع	۶۴
چکیده انگلیسی	۷۸

فهرست جدول ها و نمودارها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۱. جدول متغیرها	۸
جدول ۴-۱. توزیع فراوانی جنسیت بیماران گروه شاهد و آزمون	۵۰
جدول ۴-۲. مقایسه توزیع میانگین سنی بیماران گروه شاهد و آزمون	۵۱
جدول ۴-۳. مقایسه توزیع مدت زمان دیالیز بیماران گروه شاهد و آزمون	۵۱
جدول ۴-۴. توزیع فراوانی تحصیلات بیماران گروه شاهد و آزمون	۵۲
جدول ۴-۵. مقایسه نمره کل پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ در دو گروه شاهد و آزمون	۵۳

فهرست شکل ها

عنوان	صفحه
شکل ۲-۱. کلیه ها	۱۰
شکل ۲-۲. نارسایی کلیه ها	۱۱
شکل ۲-۳. نارسایی حاد کلیوی	۱۲
شکل ۲-۴. نارسایی مزمن کلیوی	۱۳
شکل ۲-۵. مراحل نارسایی مزمن کلیوی	۱۴
شکل ۲-۶. مرحله آخر بیماری کلیوی	۱۵
شکل ۲-۷. تشخیص نارسایی کلیوی	۱۷
شکل ۲-۸. فیزیک دیالیز	۱۹
شکل ۲-۹. همودیالیز	۲۱
شکل ۲-۱۰. کاتتر ورید مرکزی غیر تونل شده	۲۳
شکل ۲-۱۱. کاتتر ورید مرکزی تونل شده	۲۴
شکل ۲-۱۲. فیستول رادیوسفالیک	۲۵
شکل ۲-۱۳. گرافت شریانی وریدی	۲۶
شکل ۲-۱۴. دیالیزر	۲۷

شکل ۱۵-۲. مایع دیالیز	۲۸
شکل ۱۶-۲. نقشه بازتاب شناسی پاها	۳۶
شکل ۱-۳. فلودیگرام کانسورت	۴۴

فهرست پیوست ها

عنوان	صفحه
ضمیمه شماره ۱: فرم ثبت اطلاعات زمینه ای و جمعیت شناختی	۷۱
ضمیمه شماره ۲: گونه فارسی شاخص سنجش کیفیت خواب پیتزبورگ	۷۲
ضمیمه شماره ۳: تعهدنامه	۷۴
ضمیمه شماره ۴: فرم اظهار نامه اصالت پایان نامه	۷۵
ضمیمه شماره ۵: رضایت نامه	۷۶
ضمیمه شماره ۶: تاییدیه کمیته اخلاق	۷۷

فصل اول

معرفی پژوهش

۱-۱. بیان مساله و اهمیت پژوهش:

بیماری کلیوی، روند تخریبی پیشرونده ای داشته و در این مسیر هیچ گونه علائمی از خود نشان نمی دهند (۱)، در صورت عدم توجه، تخریب کلیه ها تا از کار افتادن آنها ادامه داشته و بیمار برای جبران عملکرد کلیه ها مجبور به دیالیز و یا پیوند کلیه خواهد شد (۲). مرحله نهایی بیماری کلیوی^۱ تخریب بدون بازگشت و جبران ناپذیر کلیه ها می باشد، در این مرحله بیمار با دو نوع از درمان شامل دیالیز (که خود انواع متفاوتی از جمله همودیالیز و دیالیز صفاقی را شامل می شود) و پیوند کلیه مواجه می باشد (۱، ۲). دیالیز فرآیندی است درمانی، جهت خارج ساختن مایعات و فراورده های زاید اورمیک از بدن در مواقعی که کلیه ها کارکرد طبیعی خود را از دست داده اند. همودیالیز متداولترین روش دیالیز است که در بیماران مبتلا به مرحله پایانی بیماری کلیوی که نیاز به درمان درازمدت دارند، استفاده می شود (۲).

روند رو به رشد این بیماری به جایی رسیده که از نرخ رشد جمعیت جهان نیز پیشی گرفته است، طوری که تا اوایل سال ۲۰۱۲ تعداد مبتلایان به این بیماری در جهان حدود ۲۷۸۶۰۰۰ تخمین زده شد؛ از این تعداد بیماران حدود ۷۸ درصد تحت درمان با دیالیز و حدود ۲۲ درصد تحت عمل جراحی پیوند کلیه قرار گرفته اند (۳). همچنین از تعداد کل بیمارانی که تحت درمان با دیالیز می باشند حدود ۸۹ درصد از همودیالیز و ۱۱ درصد از دیالیز صفاقی برای درمان خود استفاده می کنند (۴). این بیماری در کشور ایران نیز روند رو به رشدی دارد (۵) به گونه ای که در سال ۹۳ آمار مبتلایان ۲۸ هزار نفر گزارش شده و پیش بینی می شود که این رقم در سال ۱۴۰۰ به ۹۰ هزار نفر برسد (۶). با توجه به این موضوع که همودیالیز از رایج ترین روش درمانی برای بیماران مبتلا به مرحله نهایی بیماری کلیوی به حساب می آید اما فرآیندی استرس آور می باشد و تاثیرات مخربی را بر ابعاد جسمی، جنسی، روحی، روانی و اجتماعی بیمار سبب می گردد (۷-۹)، حتی در بعضی موارد منجر به اختلالات شدید در هر یک از ابعاد یاد شده می شود (۱۰). اکثر بیماران همودیالیزی دچار اضطراب، افسردگی، کاهش کیفیت زندگی، اختلال خواب و عوارض ناشی از اختلال خواب می باشند (۸، ۹، ۱۱، ۱۲).

اختلالات خواب یکی از شکایت های شایع در بیماران همودیالیزی می باشد (۱۳)، به گونه ای که در مطالعات عرب و ساریس دامنه این اختلالات را بین ۸۵ تا ۹۹ درصد در بیماران همودیالیزی گزارش نموده اند (۱۳، ۱۴). استراحت و خواب اجزاء ضروری سلامت جسمی، آسایش ذهنی و ذخیره انرژی هستند و خواب راحت و مناسب باعث تسریع در روند بهبودی جسمی و روانی فرد می شود (۱۵، ۱۶). محرومیت از خواب باعث افزایش خطر حوادث، سقوط، خستگی مزمن، اختلال در عملکرد و احساسات، اندیشه و انگیزش افراد شده و در نتیجه سبب کاهش تدریجی کیفیت زندگی فردی در بیماران همودیالیزی می شود (۱۳). در مطالعات باراز و دریک نیز به تاثیر اختلالات خواب بر کیفیت زندگی اشاره شده است که حاکی از تاثیر مخرب آن بر کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی می باشد (۱۷، ۱۸). بنابراین علاوه بر این که همودیالیز به تنهایی بر ابعاد مختلف یاد شده تاثیر گذار می باشد، اختلالات خواب نیز به نوبه خود اثرات مخربی بر این ابعاد داشته و باعث تخریب دوچندان آن ها می شود (۱۹).

¹ End Stage Renal Disease

از علل بروز اختلالات خواب می توان به علل زیستی، اجتماعی و عوامل فیزیولوژیکی اشاره نمود (۱۴)، که تمامی آن ها در بیماران همودیالیزی دست به دست هم داده تا این بیماران را به سمت اختلالات خواب و عوارض ناشی از آن سوق دهند (۱۷). سن و جنس بیماران، بیماری های زمینه ای، میزان فعالیت روزانه، مصرف دخانیات، نوع دیالیز، دفعات دیالیز در هفته و طول مدت دیالیز نیز از دیگر عوامل تاثیر گذار بر کیفیت خواب بیماران می باشد (۴، ۱۳، ۱۷). اختلالات خواب از جمله اختلالاتی است که همراه همیشگی اکثر بیماران همودیالیزی می باشد اما کمتر مورد توجه تیم درمان قرار گرفته است و احتمالاً تاکنون کمتر مرکز همودیالیز در کشور تدابیر و اقدامات پیشگیری کننده و حتی درمانی در خصوص این معضل بزرگ بیماران همودیالیزی اتخاذ کرده است و شاید هم به طور کل از آن چشم پوشی می شود و تنها به شروع و اتمام فرآیند همودیالیز بیماران توجه می شود (۱۳).

تدوین برنامه پیشگیری از اختلالات خواب برای تمامی بیماران همودیالیزی و همچنین شناسایی این افراد می تواند از اولویت های پرستاران دیالیز باشد. به این ترتیب می توان اختلالات خواب را تحت کنترل قرار داد، این کار می تواند باعث بهبود کیفیت خواب در بیماران همودیالیزی شده و متعاقب آن باعث بهبود کیفیت زندگی و دیگر عوامل تحت تاثیر اختلالات خواب می شود (۴، ۱۳، ۱۷).

برای پیشگیری و درمان اختلالات خواب بیماران همودیالیز با دو روش دارویی و غیر دارویی مطرح است. درمان دارویی اولین خط درمان اختلالات خواب است، اما استفاده از این داروها باعث عوارض جانبی شدید می شود (۲۰). در مطالعه گیلمینالت^۱ و سیلوستری^۲ مصرف داروها به ویژه بنزودیازپین ها برای درمان اختلالات خواب معرفی شده است که حاکی از عوارض شدید آن ها بر بیماران می باشد (۲۱). با وجود پیشرفت های فراوان در روش های دارویی و روان شناختی برای درمان بی خوابی، همچنان نتوانسته اند که از عوارض جانبی این روش بکاهند، لذا استفاده از روش های درمانی غیر دارویی می تواند به عنوان جایگزین روش های درمان دارویی قرار گیرد (۱۳).

روش درمان غیر دارویی یا طب مکمل مانند؛ طب فشاری، طب سوزنی، رایحه درمانی، ماساژ درمانی، بازتاب شناسی و لمس درمانی از جمله درمان های موثر بر اختلالات خواب توصیه شده است (۱۶). استفاده از طب مکمل در کشورهای پیشرفته نیز رو به افزایش است (۲۲). روش های مختلف طب مکمل برای بهبود کیفیت خواب مورد بررسی قرار گرفته است که از آن جمله می توان به پژوهش چان^۳ و همکاران (۲۳) در مورد تاثیر مثبت موسیقی درمانی، مطالعه کریسوگلو^۴ و گیلمینالت^۵ (۲۴) در مورد تاثیر منفی نور، مطالعه گیماراس^۶ و همکاران (۲۵) در مورد تاثیر مستقیم فعالیت بدنی بر بهبود کیفیت خواب و مطالعه حسین آبادی و همکاران (۲۶) در مورد تاثیر ماساژ مثبت نقاط فشاری کل بدن بر بهبود کیفیت خواب اشاره نمود. همچنین در تحقیقی در ایران که توسط صدیقی و همکاران (۱۳۸۳) انجام شد، حدود ۸۰ درصد از بیماران خواستار ارائه درمان های مکمل از طریق پزشکان بودند (۲۷).

¹ Guilleminault

² Selvestri

³ Chan

⁴ Kirisoglu

⁵ Guilleminault

⁶ Castro Toledo Guimaraes

به طور کلی ماساژ علاوه بر بهبود کیفیت خواب باعث افزایش گردش خون، کاهش استرس، بهبود عملکرد دستگاه گوارش، تحریک سیستم لنفاوی، بهبود عملکرد سیستم عصبی خودمختار، تسکین فشارهای عصبی و کاهش ضربان قلب و فشار خون می گردد و از طرفی باعث ترشح آندروفین ها و در نتیجه کاهش کمردرد، رفع بی خوابی و همچنین باعث ایجاد آرامش در بیمار گردد (۲۸). ماساژ همچنین دستگاه عصبی را متعادل نموده و باعث اصلاح تعادل فیزیکی نیز می گردد. همان طور که می دانیم پوست و عضلات دارای پایانه ها و اتصالات عصبی بسیار زیادی هستند، لذا ماساژ به وسیله اعصاب در هر قسمت از بدن پخش و موجب تسکین و بهبود احساس سلامتی می گردد. این کار با فشار ملایم و سپس آزاد کردن عضلات و عروق که از میان آن ها می گذرد، انجام می شود (۲۹، ۳۰).

ماساژ بازتابی یکی از انواع ماساژها می باشد که می تواند به عنوان علم تحریک نقاط (معمولا در کف پا یا کف دست ها) تعریف شود که ارتباط یا پیوندی با ارگان های داخلی بدن دارد (۳۱). ماساژ بازتابی پا یکی از درمان های موجود در طب مکمل و از گروه درمان های ماساژ دستی است و جزء یکی از شش روش پرکاربرد طب مکمل و جایگزین در نروژ، دانمارک و انگلستان است (۳۲). ماساژ بازتابی پا حدود ۲۳۳۰ سال قبل در مصر و ۴۰۰۰ سال قبل در چین باستان وجود داشته است (۳۳) و بر این ایده مبتنی است که هر یک از ارگان های بدن یک منطقه بازتاب متناظر در کف پا، دست و گوش دارند (۳۴).

بنیان گذار ماساژ بازتابی پا، یونس اینگهام^۱ معتقد بود که ماساژ نقاط کف پا با استفاده از تکنیک های منحصر به فرد باعث افزایش جریان خون ارگان های مربوط به هر نقطه در پا، ارتقا در هموستاز بدن، افزایش کیفیت خواب و افزایش قدرت سیستم ایمنی بدن می شود (۳۵، ۳۶) (ضمیمه شماره ۱). نقاط بازتابی در کف پا یا دست یافت می شوند و به صورت آینه ای کوچک منعکس کننده تمام نقاط بدن هستند (۳۷). یکی از تئوری هایی که در زمینه ماساژ بازتابی مطرح است، این است که به دلیل این که تنش ها و فشارهای روانی مسئول ۷۵ درصد مشکلات روانی انسان ها است و چون در هر پا ۷۰۰۰ عصب وجود دارد، بنابر این ماساژ پاها و تحریک این سلول های عصبی، باعث آرامش و کاهش تنش می شود و در نتیجه بدن را به تعادل باز می گرداند (۳۸). ماساژ بازتابی پا یک نیروی زندگی یا انرژی حیاتی، در امتداد کانال هایی از پاها به تمام ارگان های بدن جریان می یابد و هرگونه سدی در این جریان، در نهایت منتهی به بیماری خواهد شد (۳۹). تحریک نقاط بازتابی در پا می تواند این سدها را در مسیر جریان در امتداد کانال بشکند و هدف ماساژ از بین بردن این گرفتگی ها و آزاد کردن جریان انرژی در این کانال ها است که در نتیجه باعث بهبودی بیمار می گردد. این کانال ها از هر قسمت از بدن از طریق راه های عصبی با کف پا در ارتباط می باشند، با ماساژ بازتابی پا می توان این ارتباط را تحریک نمود (۳۹). فرانکیه^۲ و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند ماساژ بازتابی با کاهش ترشح آندروفین ها سبب کاهش درد می شود. در حالی که قنبری در مطالعاتی (۲۰۰۴) نیز کاهش درد را ناشی از کاهش آزاد سازی اسید لاکتیک و یا آزاد سازی کریستال های کوچک کلسیم می دانند (۳۹-۴۱). پیترز^۳ و همکاران (۲۰۰۰) نیز فواید درمان را به پاسخ آرام سازی نسبت می دهند که رگ های خونی را باز و جریان خون را بهبود می بخشند. گروهی هم به اثر سم زدایی اعتقاد دارند و مطرح می کنند که ماساژ پاها، کریستال های اسید اوریک که در پاها رسوب کرده اند را حل می نماید (۳۹). ماساژ بازتابی پا

¹ Eunice Ingham

² Frankie AW

³ Peters D

عملکردی همه جانبه دارد، یعنی علاوه بر کاهش مشکلات جسمی (درد، شاخص های فیزیولوژیک و ...) بر روی بعد روانی (خواب، اضطراب، افسردگی، استرس، اسکیزوفرنیا) انسان نیز تاثیر می گذارد و در نتیجه می تواند منجر به کاهش ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی درد شود (۳۹، ۴۰).

تاکنون مطالعات زیادی ماساژ بازتابی پا را به عنوان یک مداخله پرستاری غیرتهاجمی در شرایط مختلف مورد بررسی قرار داده اند از جمله می توان به بهبود اضطراب بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی (۴۲)، اثر بر فشارخون، تری گلیسرید و قند خون (۴۳)، کاهش افسردگی و بهبود عملکرد سیستم ایمنی (۴۴)، بهبود درد (۴۵)، کاهش خستگی (۴۶)، کاهش علائم آسم (۴۷) و اسکروز چندگانه (۲۸) و ... اشاره نمود. همچنین بازتاب درمان ها بر این عقیده اند که بازتاب درمانی می تواند استرس و درد موجود در نقاط مختلف بدن را از طریق دستکاری پاها تسکین دهد (۳۵). در حال حاضر از جمله مداخلات معمول پرستاری در بی خوابی، کاهش سر و صدا و نور محیط می باشد (۴۸)، اما لی^۱ (۲۰۰۶) در مطالعه خود پیشنهاد می کند بازتاب درمانی می تواند به عنوان یک مداخله پرستاری موثر در کاهش افسردگی و استرس در زنان میانسال گردد (۴۹). سونگ و کیم^۲ (۲۰۰۶) در مطالعه خود مشاهده کردند که بازتاب درمانی باعث بهبود کیفیت خواب سالمندان شده است (۴۵).

مزیت دیگر ماساژ بازتابی این است که افراد متخصص یا حتی افراد عادی که این روش را آموخته اند، می توانند آن را جهت کاهش اضطراب بیماران به کار گیرند (۵۰) و به راحتی آن را به دیگران و حتی همراهان و خانواده مددجویان بیاموزند (۵۱). این روش کم هزینه، غیر تهاجمی، غیردارویی (۵۲)، قابل انجام با حفظ حریم بیماران (۲۲) و با صرفه جویی در زمان و انرژی (۵۳) همراه است، این تکنیک همچنین می تواند راهی برای افزایش ارتباط بین پرستار و بیمار باشد (۵۱).

پرستاری امروز بر مراقبت جامع نگر تمرکز دارد و اعتقاد بر این است که درمان های طب مکمل بخشی از مراقبت جامع در پرستاری است (۵۴) و این نوع درمان بیانگر هنر حرفه پرستاری است (۵۵) زمانی که علم و هنر پرستاری با هم ادغام شود سطح کیفیت مراقبتی به بالاترین حد خود می رسد و این مراقبت ها باید با کشفیات و اختراعات جدید تغییر کند (۵۶). بنابراین با توجه به این که پرستاران به عنوان یکی از اعضای تیم درمان نقش مهمی در مدیریت مشکلات خواب دارند، بازتاب درمانی به عنوان طب مکمل می تواند در فعالیت پرستاری گنجانده شود (۵۷).

نظر به اینکه نارسایی های کلیوی و ابتلا به مرحله نهایی بیماری کلیوی روندی رو به رشد را دنبال می کند و مبتلایان برای ادامه حیات نیاز به همودیالیز که خود فرآیندی پرعارضه می باشد، دارند. لذا توجه به عوارض همودیالیز در این بیماران و یافتن راه حلی برای پیشگیری و درمان این عوارض ضروری می باشد. از طرفی با توجه به این که اختلالات خواب در این گونه بیماران بسیار شایع می باشد (۸۵ تا ۹۹ درصد)، پیشگیری و درمان این نوع از اختلالات از اولویت بسیار بالایی در بیماران همودیالیزی برخوردار می باشد (۴، ۱۳، ۱۷، ۱۸)، با در نظر گرفتن این که روش درمان دارویی دارای عوارض جانبی متعدد و همچنین باعث متحمل شدن صرف هزینه های زیادی توسط بیماران و سیستم

¹ Lee

² Song and Kim

درمان می گردد، ضرورت جایگزین نمودن روشی بدون عارضه، پرکاربرد، آسان، کم هزینه، قابلیت اجرایی بالا و با کارآمدی مطلوب وجود دارد. همچنین با این که تاکنون مطالعات متفاوتی در ارتباط با تاثیر ماساژ درمانی بر مشکلات مختلف بیماران انجام شده اما مطالعه ای در زمینه تاثیر ماساژ بازتابی کف پاها به تنهایی بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی با مراجعه به منابع در دسترس پژوهشگر یافت نشده است. لذا انجام مطالعه ای با هدف تاثیر ماساژ بازتابی کف پا بر روی کیفیت خواب بیماران همودیالیزی ضروری به نظر می رسد.

۲-۱. اهداف پژوهش:

هدف اصلی:

تعیین تاثیر ماساژ بازتابی پا بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز دیالیز بیمارستان بوعلی قزوین.

اهداف فرعی:

۱. تعیین کیفیت خواب بیماران همودیالیزی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله
۲. تعیین کیفیت خواب بیماران همودیالیزی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله
۳. مقایسه کیفیت خواب بیماران همودیالیزی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون
۴. مقایسه کیفیت خواب بیماران همودیالیزی در گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله

اهداف کاربردی:

با توجه به بی عارضه بودن ماساژ بازتابی پا و مشاهده اثرات مثبت آن بر روی کیفیت خواب بیماران همودیالیزی در این پژوهش، احتمالا می توان انجام این مداخله را برای این بیماران پیشنهاد کرد.

۳-۱. فرضیه پژوهش:

استفاده از ماساژ بازتابی کف پا بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی مؤثر است.

۴-۱. تعریف واژه ها:

دیالیز

تعریف نظری: فرآیندی است که در آن ترکیب مواد حل شونده در یک محلول با در معرض قرار گرفتن با محلول دیگر که از طریق غشای نیمه تراوا از هم جدا شده اند، تغییر می کند. مولکول های آب و مواد با وزن مولکولی کم می توانند از منافذ غشا عبور کرده ولی مواد با وزن مولکولی زیاد مانند پروتئین ها نمی توانند عبور کنند (۵۸).

تعریف عملی: در این پژوهش منظور از دیالیز بر مبنای تعریف نظری بوده و بیمارانی که تنها از روش همودیالیز استفاده می کردند، وارد مطالعه شدند.

اختلالات خواب

تعریف نظری: اختلالات خواب^۱ مانند زیاد یا کم خوابیدن، پریدن از خواب، نرفتن به مرحله خواب عمیق و سخت به خواب رفتن است. این اختلالات می‌تواند ناشی از بیماری‌های روانپزشکی مانند اضطراب، بیماری‌های سیستم تنفسی یا به عنوان نوعی بیماری سالمندان باشد (۵۹).

تعریف عملی: در این پژوهش منظور از اختلال خواب بر مبنای تعریف نظری بوده و بیمارانی که نمره خواب بالاتر از ۵ را براساس پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ کسب نمودند، به عنوان افراد دارای اختلالات خواب در نظر گرفته شدند.

ماساژ بازتابی پا

تعریف نظری: ماساژ بازتابی پا یکی از روش‌های طب مکمل است که شامل قانون فیزیکی از اعمال فشار به کف پاها، دست‌ها، و یا گوش با استفاده از تکنیک‌های خاص انگشت‌های شصت و اشاره دستان بدون استفاده از روغن و یا لوسیون می‌باشد (۶۰). در این روش از انگشتان اشاره و شصت جهت فشار بر روی نقاط خاصی از کف پاها که با ارگان‌ها و غده‌ها و دیگر قسمت‌های بدن ارتباط دارند، استفاده می‌گردد (۶۱).

تعریف عملی: در این پژوهش منظور از ماساژ بازتابی پا بر مبنای تعریف نظری بود.

^۱ Sleep disorder

۱-۱. جدول متغیرها

عنوان متغیر	زمینه ای	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
				پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
ماساژ پا		*				*		ماساژ هر دوپا به روش بازتابی	بله-خیر
کیفیت خواب			*	*				بررسی هفت جز کیفیت خواب براساس پرسشنامه پیتزبورگ	امتیاز اخذ شده از پرسشنامه ۰ تا ۲۱
سن	*			*				سن شناسنامه افراد بر اساس سال هجری شمسی	سال شمسی
جنسیت	*					*		منظور مذکر یا مونث بودن است	خود اظهاری
دفعات همودیالیز در هفته	*				*			تعداد جلساتی که فرد در هفته همودیالیز می شود	تعداد جلسه دیالیز در هفته
مدت زمان درمان با همودیالیز	*			*				فاصله زمانی از تاریخ شروع درمان با همودیالیز تا زمان شروع نمونه گیری	سال شمسی
تحصیلات	*						*	مقطع تحصیلی	بی سواد / با سواد
بیماری زمینه ای	*					*		بیماری که بیماران مورد مطالعه علاوه بر بیماری اصلی با آن مواجه هستند	دارد - ندارد

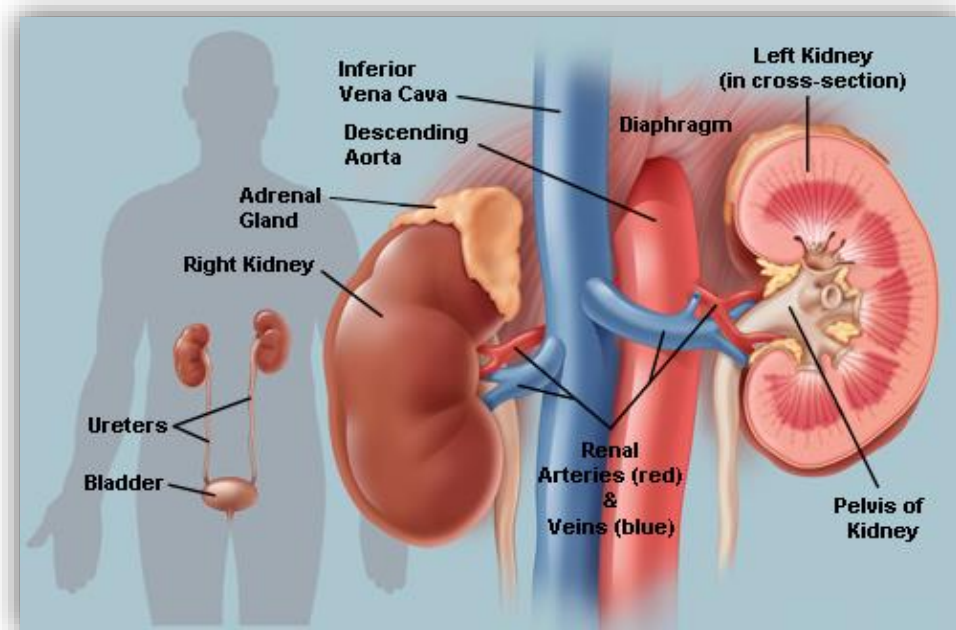
فصل دوم

دانستنی های موجود در زمینه پژوهش

۲-۱. چهارچوب پنداشتی:

چهارچوب پنداشتی شامل مرحله پایانی بیماری کلیوی، دیالیز، اختلالات خواب و ماساژ بازتابی است که به ترتیب توضیح داده می شود.

۲-۲. مرحله پایانی بیماری کلیوی^۱:

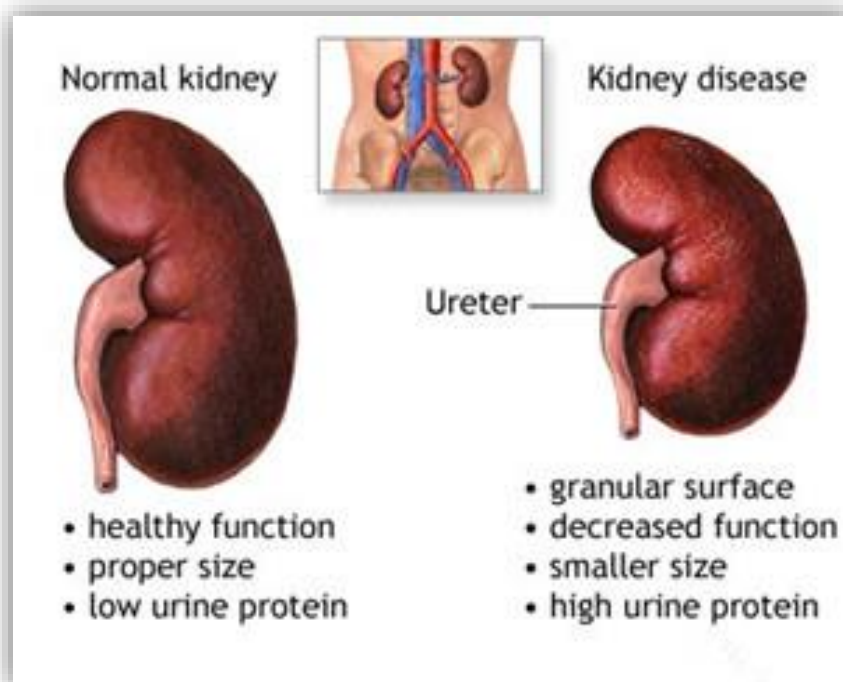


شکل ۲-۱. کلیه ها

مهمترین وظیفه کلیه ها برداشت مواد زائد از خون و بازگرداندن خون تصفیه شده به بدن می باشد. هر دقیقه حدود یک لیتر خون (یک پنجم خونی که توسط قلب پمپ می شود) از طریق سرخرگ کلیوی وارد کلیه ها می شود (۲). پس از این که خون تصفیه شد خون تصفیه شده از طریق سیاهرگ های کلیوی به بدن باز می گردد. داخل هر کلیه متجاوز از یک میلیون واحد بسیار ریز عملکردی بنام نفرون وجود دارد. هر نفرون از یک صافی بسیار کوچک بنام کلافه (گلومرول) که به یک لوله کوچک (توبول) متصل است تشکیل می شود. آب و مواد زائد توسط این صافی از خون جدا می شوند و به داخل توبول ها جریان پیدا می کنند. قسمت عمده این آب توسط لوله های کوچک بازجذب می شود و مواد زائد بصورت غلیظ وارد ادرار می شوند تا دفع گردند. ادرارهای جمع شده از لوله های کوچک وارد قسمت قیفی شکل بنام لگنچه کلیه شده و سپس از طریق لوله ای بنام

¹ End Stage Renal Disease

حالب وارد مثانه می شود. پس از مثانه ادرار از طریق لوله ای به نام پیشابراه از بدن خارج می شود. کلیه سالم بطور معمول یک تا ۲ لیتر ادرار در روز و بر اساس میزان مایعات دریافتی تولید می کند. کلیه سالم قابلیت افزایش فعالیت خود را دارد بطوری که اگر یک کلیه از دست رود کلیه دیگر بزرگ شده و کار دو کلیه را انجام خواهد داد (۱).



شکل ۲-۲. نارسایی کلیه ها

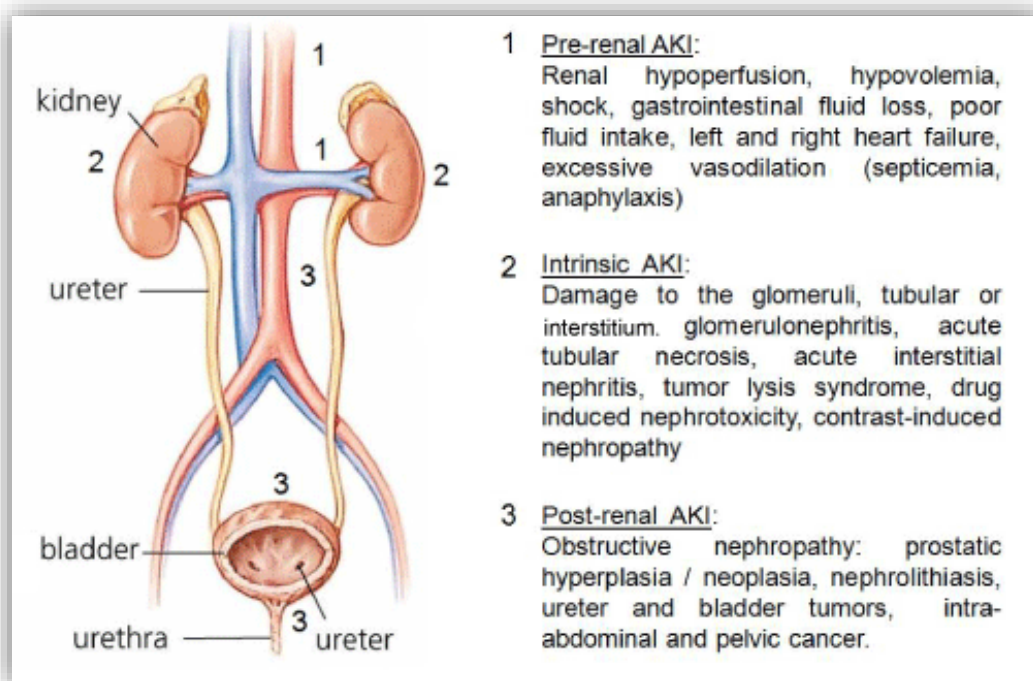
اصطلاح نارسائی مزمن کلیه^۱ به از بین رفتن پیشرونده و غیر قابل برگشت عملکرد کلیه گفته می شود. این نارسایی پیشرونده با افزایش پلکانی غلظت کراتینین سرم به موازات کاهش فیلتراسیون گلومرولی مشخص می شود. بطور کلی هدف در درمان مدرن برقراری درمان جایگزین کلیه به وسیله دیالیز یا پیوند کلیه است (۳). کلیه نقش مهمی در دفع مواد زائد و تعادل آب و الکترولیت ها در بدن دارد. نارسایی حاد کلیوی^۲ در اثر تخریب کلیه ها پدید می آید و با فقدان سریع عملکرد کلیوی مشخص می شود. این بیماری منجر به ناهنجاری های الکترولیتی و بر پایه اسید و احتباس فراورده های زاید نیتروژنی از قبیل اوره و کراتینین می گردد (۲). علت اصلی بیماری های کلیه مانند سندرم های نفروتیک یا نفریتیک هستند. نارسایی کلیوی دو نوع مزمن و حاد تقسیم می گردد. هر یک از این دو نوع خود می تواند در نتیجه شمار زیادی از دیگر معضلات بدنی پدید آمده باشد (۳).

¹ Chronic Renal Failure

² Acute Renal Failure

انواع نارسایی کلیوی

نارسایی حاد کلیوی:



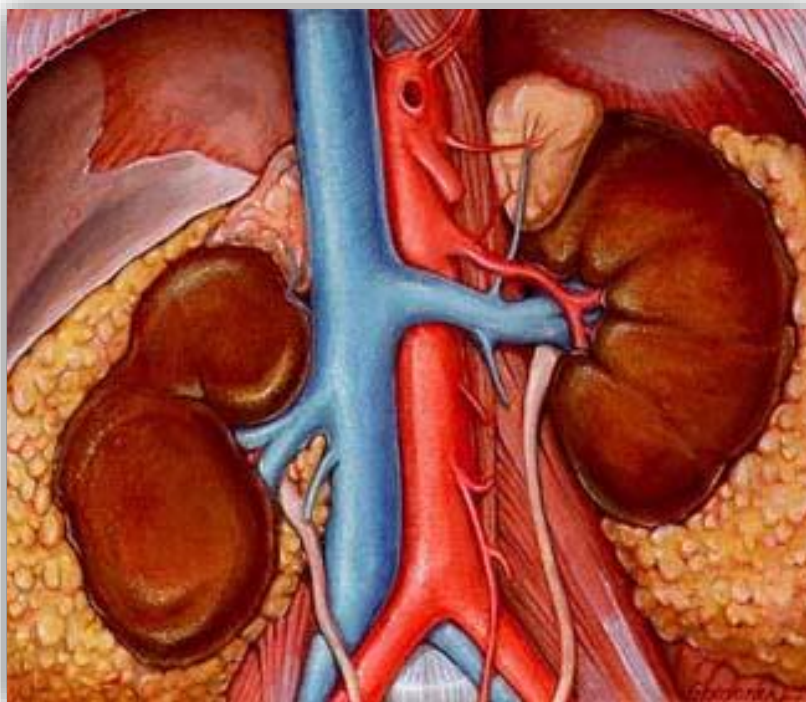
شکل ۳-۲. نارسایی حاد کلیوی

- عملکرد کلیه ها به طور ناگهانی کاهش پیدا کرده یا متوقف می شود؛ این اتفاق به علت یک بیماری ناگهانی، مصرف دارو، ورود سم به بدن یا یک موقعیت خاص پزشکی می تواند به وجود آید (۳) که از یکی از راه های زیر اعمال اثر می کنند:
- کاهش شدید فشار خون یا اختلال در خون رسانی طبیعی به کلیه ها که می تواند در حین یک جراحی بزرگ، سوختگی شدید همراه با از دست دادن آب از قسمت سوختگی پوست، خونریزی شدید و یا حمله قلبی که عملکرد قلب را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد، به وقوع بپیوندد.
 - آسیب مستقیم به سلول های کلیوی یا واحد های فیلتر کننده کلیه، که می تواند در اثر این موارد به وجود آید: التهاب در کلیه ها، مواد سمی شیمیایی، داروها، مواد کنتراست (رنگی) که در برخی تصویربرداری ها و اقدامات پزشکی مانند آنژیوگرافی مورد استفاده قرار می گیرند و عفونت ها. انسداد در جریان ادرار از کلیه ها که می تواند در اثر یک انسداد در خارج از کلیه ها؛ مانند سنگ ادراری، تومور مثانه یا بزرگی پروستات رخ دهد.

وجود نشانه های نارسایی شامل کاهش شدید ادرار، تجمع اذت و افزایش حجم مایع برون سلولی و ادم (خیز) به سه زیرگروه تقسیم می شود:

- **پیش کلیوی:** ناشی از نقص در پرفیوژن خون به کلیه (گلومرول ها) به دلیل کاهش در برون ده قلبی، کاهش حجم خونی و افزایش در مقاومت رگ ها
- **کلیوی:** ناشی از آسیب های شدید به پارانشیم کلیه
- **پس کلیوی:** پیامد هر نوع بسته شدن (انسداد) در مسیر دفع ادرار (۲، ۳)

نارسایی مزمن کلیوی

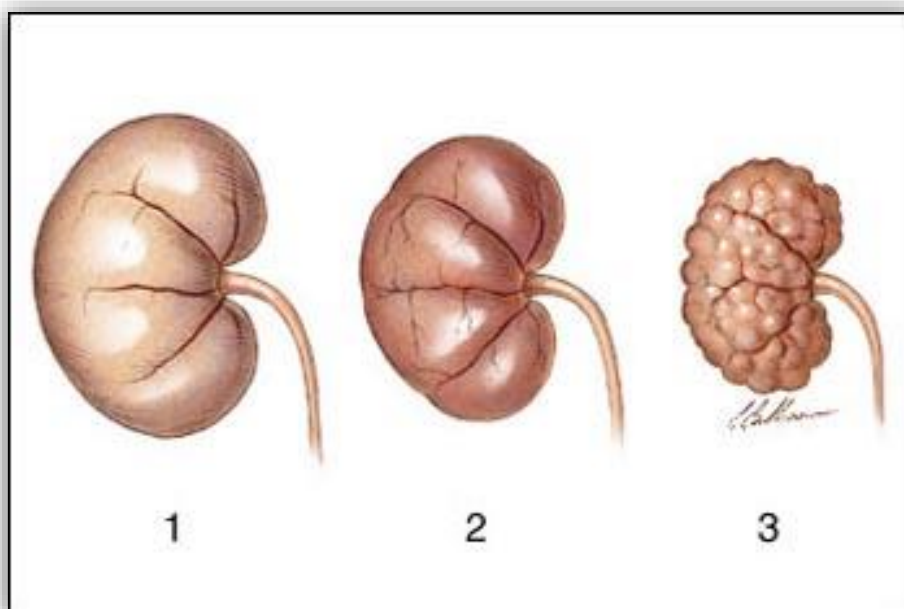


شکل ۴-۲. نارسایی مزمن کلیوی

نارسایی مزمن کلیوی با نشانه های عمده همچون تجمع سموم دفعی از ادرار در بدن و نقص در تعادل فیزیولوژیک همراه می باشد. در اغلب موارد، بیمار سال ها به این بیماری مبتلاست بدون آنکه خودش خبر داشته باشد و نهایتاً وقتی علائم این بیماری بروز می کند که چاره ای جز انجام مکرر دیالیز یا پیوند کلیه نیست. بنابراین افرادی که در معرض ابتلا به این بیماری هستند (مثل افراد دیابتی یا فشارخونی) باید به طور دوره ای آزمایش های مربوط به عملکرد کلیه شان را انجام دهند تا نارسایی کلیه

شان در مراحل اولیه کشف شود؛ چون در این صورت می توان با دارو و رژیم غذایی سرعت پیشرفت نارسایی کلیه را کند کرد. از علت های عمده نارسایی مزمن می توان به دیابت، گلو مرونفریت، کیست و بیماری های دستگاه ادراری اشاره نمود. نارسائی مزمن کلیه، سه مرحله شناخته شده دارد: کاهش ذخایر کلیوی، نارسایی کلیه و مرحله پایانی بیماری کلیوی، سرعت کاهش عملکرد کلیوی و پیشرفت نارسائی مزمن کلیه بستگی به اختلاف زمینه ای، دفع ادراری پروتئین و وجود هیپرتانسیون دارد. در بیمارانی که مقادیر بیشتری پروتئین دفع می کنند یا فشار خون بیش از نرمال دارند. تمایل به پیشرفت، سریع تر بیماری، بیشتر است.

مراحل بیماری مزمن کلیه



شکل ۵-۲. مراحل نارسایی مزمن کلیوی

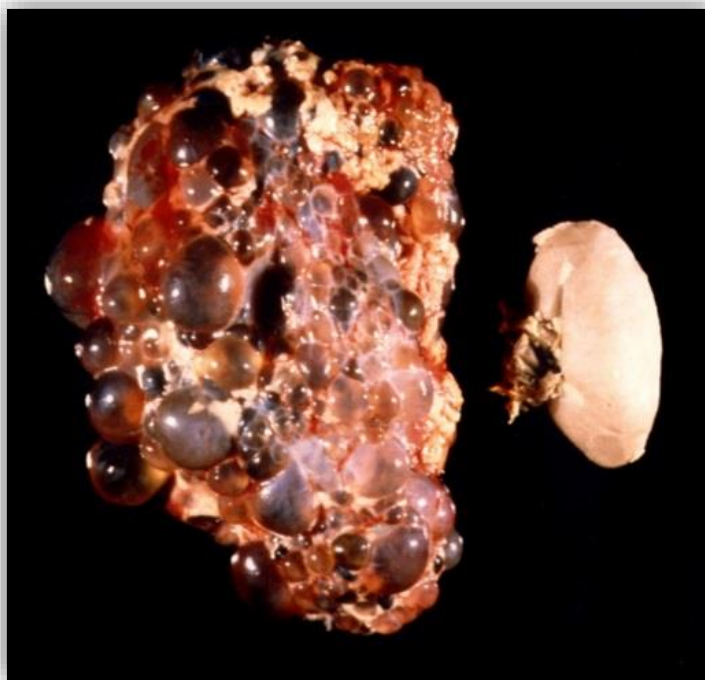
مرحله اول:

کاهش ذخایر کلیوی؛ ۷۵-۴۰ درصد عملکرد نفرون ها از بین می رود. بیمار معمولاً هیچ نشانه ای ندارد زیرا نفرون های باقی مانده می توانند عملکرد کلیه را حفظ کنند (۱۶).

مرحله دوم :

نارسائی کلیه زمانی که ۷۵-۹۰ درصد عملکرد نفرون ها از بین می رود، این مرحله شروع می شود. در این دوره کراتین و اوره^۱ بالا می رود، کلیه توانایی خود را برای تغلیظ ادرار از دست می دهد و آنمی ایجاد می شود و بیمار ممکن است پر ادراری و شب ادراری را گزارش کند (۱۶).

مرحله سوم:



شکل ۶-۲. مرحله آخر بیماری کلیوی

مرحله آخر بیماری کلیوی زمانی اتفاق می افتد که کمتر از ۱۰ درصد عملکرد نفرون ها باقی باشد. تمام عملکرد های نرمال تنظیم، ترشحی و هورمونی کلیه، شدیداً آسیب می بینند ESRD با افزایش اوره و کراتینین خون و عدم تعادل الکترولیتی مشخص می شود وقتی که بیمار به این نقطه می رسد معمولاً دیالیز لازم است. اکثر نشانه های اورمی دیالیز قابل برگشت است (۱۶).

تظاهرات بالینی: از آنجا که اکثر سیستم های بدن تحت تاثیر اورمی ناشی از نارسایی مزمن کلیه قرار می گیرند، بیمار علائم و نشانه های متعددی دارد. شدت این علائم و نشانه ها بستگی به پیشرفت اختلال، سایر بیماری های زمینه ای و سن بیمار دارد.

^۱ اوره

تظاهرات قلبی - عروق: هیپرتانسیون (در اثر احتساب آب و سدیم ناشی از فعالیت سیستم رنین آنژیوتانسین - آلدسترون)، نارسائی احتقانی قلب و ادم ریوی (در اثر اضافه حجم مایعات) و پریکاردیت به علت تحرک پریکارد توسط سموم اورمیک از جمله مشکلات قلبی - عروقی هستند که در بیماران ESRD دیده می شود (۲، ۱۶).

نشانه های جلدی: خارش شدید شایع است. امروزه انجماد اورمیک (رسوب بلورها اورمیک از پوست) به علت درمان زودرس و گسترده ESRD به وسیله دیالیز، کمتر شایع است (۲، ۳).

تظاهرات سیستمیک: نشانه های گوارش به صورت بی اشتها، تهوع، استفراغ و سکسکه شایع هستند. تغییرات نورولوژیک شامل اختلال سطح هوشیاری، عدم توانایی تمرکز، انقباضات عضلانی و تشنج دیده می شوند. مکانیسم های اصلی بیشتر این تظاهرات، شناخته نشده اند. اما معمولاً چنین تصور می شود که تجمع مواد زاید اورمیک، علت احتمالی این علائم و نشانه هاست (۲).

علائم و نشانه های همراه با بیماری مزمن کلیه

نورولوژیک: ضعف و خستگی، گیجی، ناتوانی در تمرکز، اختلال جهت یابی، تشنج، بی قراری پاها، سوزش کف پا، تغییرات رفتاری.

پوستی: رنگ پوست خاکستری برنزه، پوست خشک و فلسی، خارش، کبودی، پورپورا، ناخن های نازک و شکننده، موهای خشن و باریک.

قلبی و عروق: هیپرتانسیون، ادم گوده گذار، ادم اطراف اربیت، احتقان وریدی گردن، پریکاردیت، افیوژن پریکارد، تامپوناد پریکاردی، هیپر کالمی و هیپر لیپیدمی.

تنفسی: رال تنفسی، خلط زیاد و غلیظ تضعیف رفلکس سرفه، کوتاهی تنفسی، تندى تنفس، تنفس کاسمال، پنومونی اورلیک (ریه اورمیک)

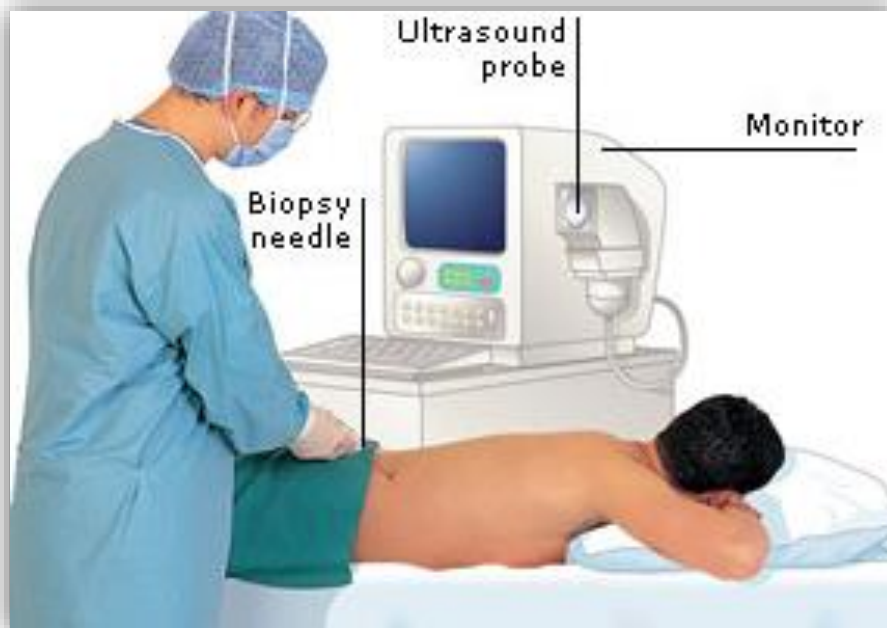
گوارشی: بوی آمونیاک در تنفس، مزه فلز در دهان، زخم و خونریزی دهان، بی اشتها، تهوع و استفراغ، سکسکه، یبوست یا اسهال، خونریزی گوارشی.

خونی: کم خونی، ترومبوسیتوپنی

تناسلی: قطع قاعدگی، آتروفی بیضه ها، عقیمی، کاهش انرژی جنسی

عضلانی - اسکلتی: کرامپ عضلانی، از دست دادن قدرت عضلانی، استئودیسτροφی کلیوی، درد استخوانی، شکستگی استخوان ها، افتادگی پا (۲).

تشخیص نارسایی کلیه



شکل ۷-۲. تشخیص نارسایی کلیوی

تشخیص نارسایی حاد و مزمن کلیوی با یک تاریخچه پزشکی آغاز می شود. بنابراین می توان سابقه فشار خون بالا یا دیابت را در نظر داشت. با این حال، آزمایش های دیگری برای تایید تشخیص نارسایی کلیوی مورد نیاز است (۲).

شمارش کامل خون^۱: شمارش کامل خون می تواند کم خونی را نشان می دهد. کلیه ها اریتروپویتین تولید می کنند، این هورمونی است که باعث تحریک مغز استخوان جهت تولید سلول های قرمز خون می شود هنگامی که کلیه به شدت آسیب دیده باشد توانایی تولید اریتروپویتین کاهش می یابد. در نتیجه سبب کاهش در سلول های قرمز خون می شود و کم خونی ایجاد می شود.

الکترولیت ها: نارسایی کلیوی می تواند روی سطح الکترولیت ها تاثیر بگذارد، پتاسیم ممکن است بالا باشد و سطح بی کربنات ممکن است کم شود. همچنین ممکن است سبب افزایش اسید خون شود.

نیتروژن اوره خون^۲: زمانی که کلیه ها شروع به تخریب می کنند، اوره بالا می رود به طور معمول کلیه ها، محصولات تجزیه پروتئین را از خون پاک می کنند لذا پس از آسیب کلیه، محصولات جانبی ساخت اوره که یک محصول جانبی از تجزیه پروتئین است بالا می رود اوره تعیین کننده بوی ادرار است.

¹ Complete Blood Count

² Blood Urea Nitrogen

کراتینین^۱: در کاهش عملکرد کلیه، کراتینین افزایش می یابد. این پروتئین نیز به توده عضلانی مرتبط است.

هورمون پاراتیروئید^۲: کلیه و غدد پاراتیروئید در تنظیم کلسیم و فسفر دخالت می کنند. تغییرات در عملکرد کلیه روی آزاد شدن هورمون پاراتیروئید و در سراسر بدن روی میزان کلسیم تاثیر می گذارد. هنگامی که نارسایی کلیه پیشرفت کند و به مرحله پایانی برسد هاپر فسفاتیسم ایجاد می شود و سنتز ویتامین D دچار اختلال می شود. با گذشت زمان، این باعث می شود کلسیم از استخوان آزاد شده و استخوان ضعیف شود.

جریان کلیه و اسکن: این بررسی های تصویر برداری عملکرد کلیه را نشان می دهند.

سونوگرافی کلیه: این آزمایش اندازه گیری غیر تهاجمی کلیه ها و پروستات است و اگر مانعی وجود داشته باشد نشان می دهد (۱).

تست های اضافی برای نارسایی کلیوی عبارتند از:

- بیوپسی کلیه
- تست تراکم استخوان
- سی تی اسکن شکم (CT)
- تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی شکم (MRI)

درمان نارسایی حاد کلیوی

درمان با اقداماتی آغاز می شود که بتواند زمینه ای اصلی و علت ایجاد نارسایی حاد کلیه (شوک، خونریزی، سکته ای قلبی، سوختگی و ...) را اصلاح نماید. معمولاً پزشک ابتدا سرم (مایع داخل وریدی) تجویز می کند تا مطمئن شود که جریان خون کافی به کلیه ها می رسد که البته اگر احتباس مایع در بدن وجود داشته باشد، این کار انجام نمی شود. ممکن است برای تعدیل برخی مواد شیمیایی در خو مانند پتاسیم، دارو تجویز شود. اگر احتباس مایع در بدن و اختلالات مواد شیمیایی در خون، با دارو قابل اصلاح نباشند؛ ممکن است لازم شود که از دیالیز به صورت موقت و کوتاه مدت استفاده گردد (۱، ۵۸).

¹ Cratinine

² Parathyroid Hormone

درمان نارسایی مزمن کلیوی

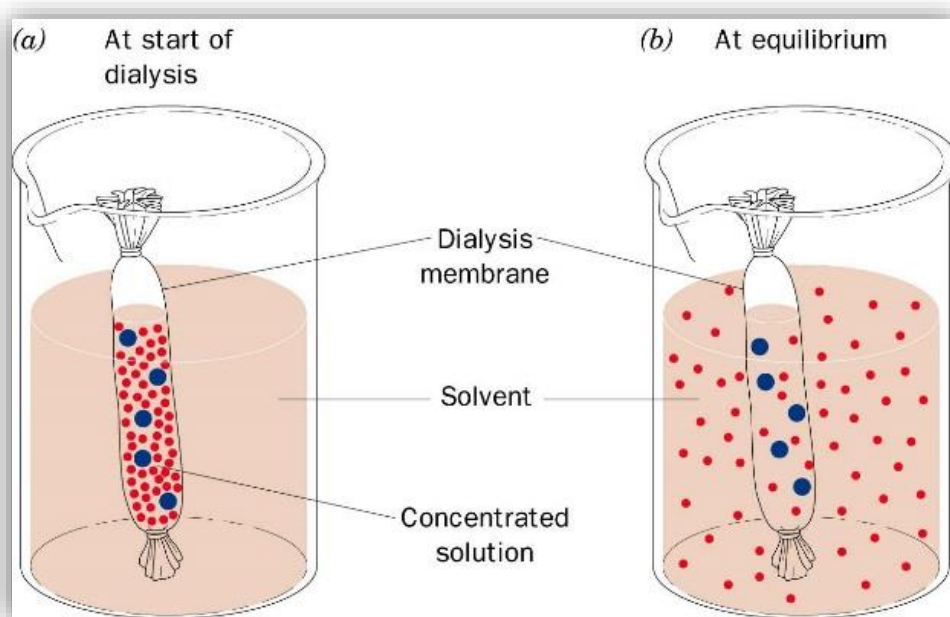
افراد مبتلا به نارسایی مزمن کلیه به طور منظم توسط پزشک از نزدیک، رصد می شوند و به شکلی مرتب تحت معاینه‌ی فیزیکی، کنترل فشار خون و آزمایش خون قرار می گیرند. درمان اغلب شامل اقدامات زیر است:

- رژیم غذایی کم پروتئین و کم نمک
- دارو برای تنظیم سطح مواد شیمیایی در خون
- دارو برای درمان فشار خون
- درمان با دارویی هورمونی به نام اریتروپوئیتین برای اصلاح کم‌خونی (کاهش سلول‌های قرمز خون) (۱۶).

درمان مرحله آخر بیماری کلیوی

مرحله آخر بیماری کلیوی با دیالیز درمان می‌شود. دیالیز باید برای همیشه یا تا زمانی که یک اهداء کننده‌ی کلیه جهت پیوند کلیه پیدا شود، ادامه یابد. دیالیز به شکلی مکانیکی مواد زائد را از خون بر می‌دارد. در موارد نادر بیماریاران مبتلا به فشار خون بالا یا پیلونفریت ممکن است قبل از پیوند، لازم باشد که کلیه هایشان را با جراحی خارج کنند (۳).

۲-۳. دیالیز^۱



شکل ۸-۲. فیزیک دیالیز

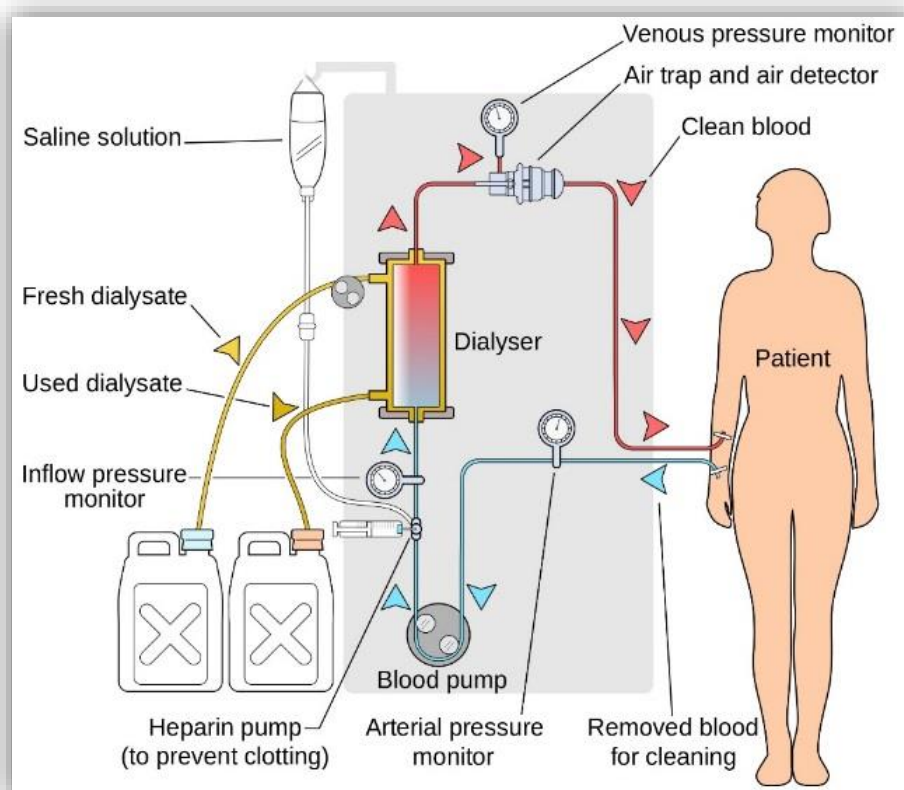
¹ Dialysis

دیالیز (تراکافت) فرآیندی است که در آن ترکیب مواد حل شونده در یک محلول با در معرض قرار گرفتن با محلول دیگر که از طریق غشای نیمه تراوا از هم جدا شده‌اند، تغییر می‌کند. مولکول‌های آب و مواد با وزن مولکولی کم می‌توانند از منافذ غشا عبور کرده ولی مواد با وزن مولکولی زیاد مانند پروتئین‌ها نمی‌توانند عبور کنند. دیالیز در تصفیه خون بیماران دچار نارسایی کلیه استفاده می‌شود (۶۲).

دیالیز در مبتلایان به نارسایی حاد کلیه وقتی سطح نیتروژن اوره در سرم خون به ۱۰۰ - ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر می‌رسد، یا هنگامی که کلیرانس کراتینین به کمتر از ۲۰ - ۱۵ میلی لیتر در دقیقه کاهش می‌یابد، شروع می‌شود. به مجموعه نشانه‌ها و علائمی که به علت آثار سمی افزایش مواد نیتروژنی و دیگر مواد زائد در خون ایجاد می‌شود، سندرم اورمی گویند (۱). وضعیت عقلانی و روانی این بیماران تغییر می‌کند و عاقبت دچار گیجی شده و نهایتاً به اغما می‌روند. سندرم اورمی هنگامی قابل پیش بینی است که کلیرانس کراتینین از ۱۰ میلی لیتر در دقیقه به ازای ۱/۷۳ متر مربع سطح بدن کمتر شود (۳).

انواع روش‌های دیالیز

در دیالیز انتخاب روش درمانی از بین همودیالیز، دیالیز صفاقی و یا دیالیز پیوسته آهسته صورت می‌گیرد. همودیالیز شایع‌ترین روش مورد استفاده در درمان نارسایی کلیه است. همودیالیز نسبت به روش‌های دیگر باعث ایجاد تغییرات سریع‌تری در سطح پلاسمایی مواد حل شونده و برداشت سریع‌تر آب اضافی تجمع یافته در بدن می‌شود. دیالیز صفاقی نسبت به همودیالیز در خروج مواد حل شونده خون ۸/۱ و در خارج کردن آب اضافی بدن ۴/۱ کارایی دارد ولی می‌تواند بطور مستمر ۲۴ ساعته مورد استفاده قرار گیرد. روش‌های پیوسته آهسته برتری آن پایداری بیشتر وضعیت همودینامیک بیمار است و نقطه ضعف آن ارائه آموزش خاص به پرستاران و گرانی آن است (۲).



شکل ۹-۲. همودیالیز

همودیالیز رایج ترین روش برای درمان نارسایی پیشرفته و دائمی کلیه است (۶۳). همودیالیز فرآیندی است که در طی آن، خون از بدن بیمار مبتلا به نارسایی کلیه، خارج می شود و پس از تصفیه شدن در دستگاه دیالیز، به بدن بازگردانده می شود. دستگاه دیالیز یا کلیه مصنوعی، ماشینی است که می تواند مواد زائد را از خون جدا کند، یا مواد لازم را به آن بیفزاید. دستگاه دیالیز با انجام این عمل، تعادل اسید و باز و مقدار آب و مواد محلول موجود در بدن را کنترل می کند. در همودیالیز، خون به تدریج از بدن خارج می شود، از میان یک فیلتر مخصوص که مواد زائد و مایعات اضافی را جدا می کند، می گذرد و خون تصفیه شده دوباره به بدن بازگردانده می شود. خروج مواد زائد مضر و نمک و مایعات اضافی از بدن، فشار خون را کنترل کرده و تعادل مواد شیمیایی مانند پتاسیم و سدیم را حفظ می کند (۶۳).

پایه و اصول همودیالیز مشابه سایر روش های دیالیز و بر مبنای فیزیکی انتشار از طریق غشای نیمه تراوا استوار است. اینجاست که براساس اصل فیزیک تبادل در زمان جریان متقابل و هنگامی که جریان خون درون دیالیزر برعکس جریان آب گذرنده از روی فیلتر نیمه تراوا بوده و گرادیان غلظت به بیشینه می رسد و کارایی فیلتر افزایش چشم گیر می یابد. برای گرفتن آب آزاد و اضافی خون یعنی آبی که بیمار در طول روز نوشیده و به علت نارسایی در عملکرد کلیه، قادر به خروج از طریق ادرار نیست، از اصل

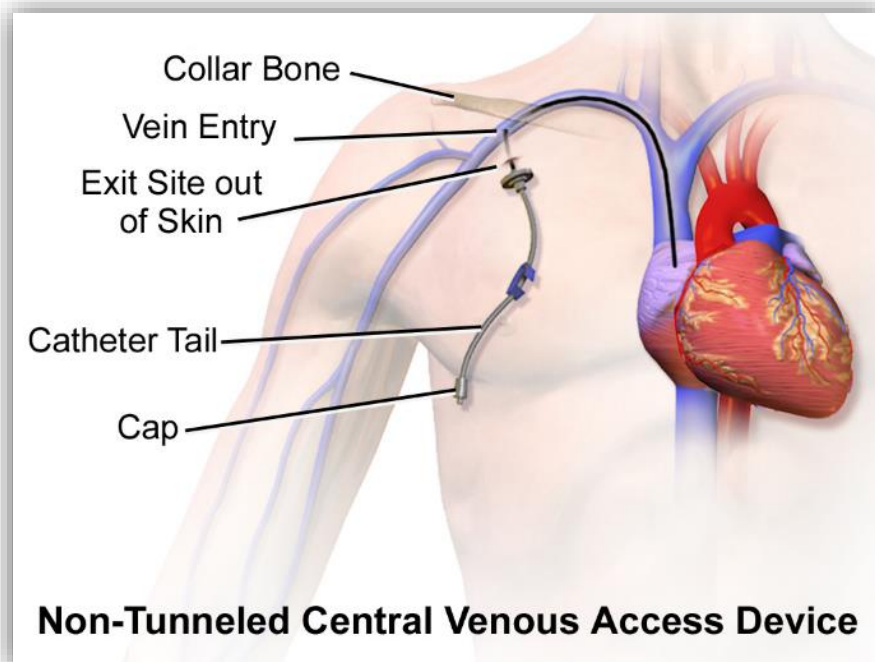
فشار هیدرو استاتیک استفاده شده و از طریق فیلتر دیالیزر خارج می‌شود. محلول‌های مورد استفاده در دیالیز ترکیباتی معدنی، استریل و یونیزه هستند. برای از دست نرفتن سدیم و کلر خون، به محلول دیالیز بی کربنات سدیم با گرادیان بالا افزوده می‌گردد (۶۲).

البته این کلیه مصنوعی نمی‌تواند یک کار مهم کلیه طبیعی، یعنی تولید هورمون‌هایی که بر فشار خون و خون‌سازی تاثیر می‌گذارند را انجام دهد. بیماران هنگام شروع درمان با همودیالیز، باید از برنامه دقیقی پیروی کنند. اغلب بیماران باید سه بار در هفته و هر بار برای ۳ تا ۵ ساعت یا بیشتر، با مراجعه به درمانگاه دیالیز شوند. پژوهشگران مدت‌ها در حال بررسی این موضوع بوده‌اند که آیا جلسات کوتاه تر دیالیز یا جلسات طولانی دیالیز شبانه (هنگام خواب بیمار) می‌تواند به همان اندازه در دفع مواد زائد موثر باشد یا نه. ماشین‌های جدیدتر دیالیز که می‌توان در خانه از آن‌ها استفاده کرد، این گزینه‌های جایگزین را عملی‌تر کرده‌اند. با یک دوره آموزشی کوتاه مدت، می‌توان یکی از اعضای خانواده یا دوستان بیمار را برای انجام دیالیز در خانه آماده کرد. دیالیز در خانه به بیمار این امکان را می‌دهد که بهتر برنامه‌های روزانه‌اش را تنظیم کند. در این صورت مدت زمان هر جلسه دیالیز یا تعداد جلسات در هفته ممکن است با دیالیز در درمانگاه متفاوت باشد، اما در هر حال باید برنامه منظمی برای دیالیز وجود داشته باشد (۵۸).

روش‌های دسترسی به عروق در همودیالیز

در همودیالیز، سه روش اصلی برای دسترسی به خون وجود دارد. کاتتر سیاهرگ، فیستول آرتریوونوس و نیز گرافت از نوع سینتتیک که بنابه شرایط بیمار و وضعیت رگ‌های آن و نوع نارسایی کلیه انتخاب خواهد شد. تمامی سه روش یاد شده برای اجرا نیاز به مداخله پزشکی از نوع جراحی دارند.

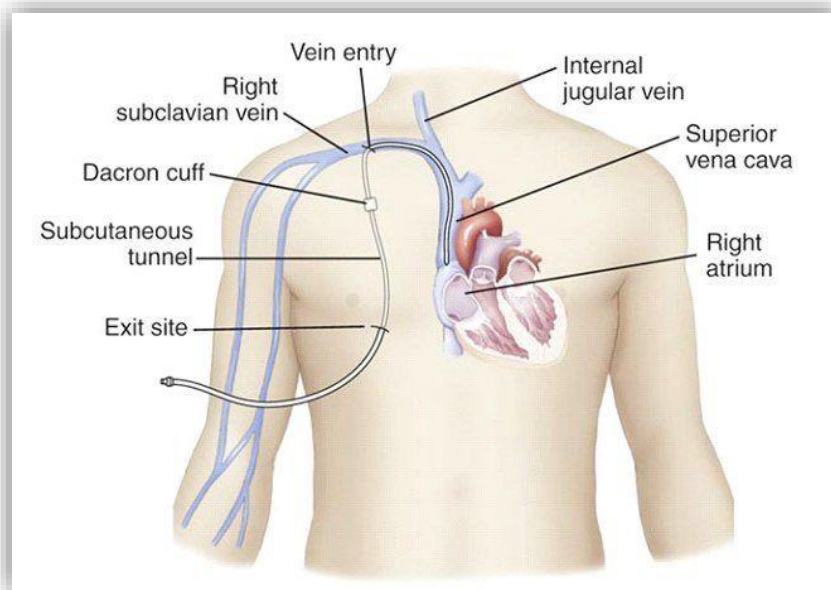
کاتتر ورید مرکزی^۱



شکل ۱۰-۲. کاتتر ورید مرکزی غیر تونل شده

دسترسی از راه کاتتر که به نام سی وی سی نیز شناخته می‌شود شامل دو لوله باریک پلاستیک است که بیشتر درون یک سیاهرگ بزرگ مانند ورید باب قرار می‌گیرد که برای رسیدن به این سیاهرگ یک مسیر کناری همچون سیاهرگ گردنی جوگولار انتخاب می‌شود. جریان جاری شونده در کاتتر سیاهرگ مرکزی بسیار کمتر از جریان خون از روش فیستول و گرافت است. کاتتر مرکزی سی وی سی به دو نوع تونل شده و غیر تونل شده اجرا می‌شود. در کاتتر سیاهرگ مرکزی غیر تونل (با مدت زمان استفاده تا ۱۰ روز) محل ورود کاتتر در ناحیه ورود آن به درون سیاهرگ است، یعنی ورود کاتتر به پوست بلافاصله با ورود به درون سیاهرگ ادامه می‌یابد (۱).

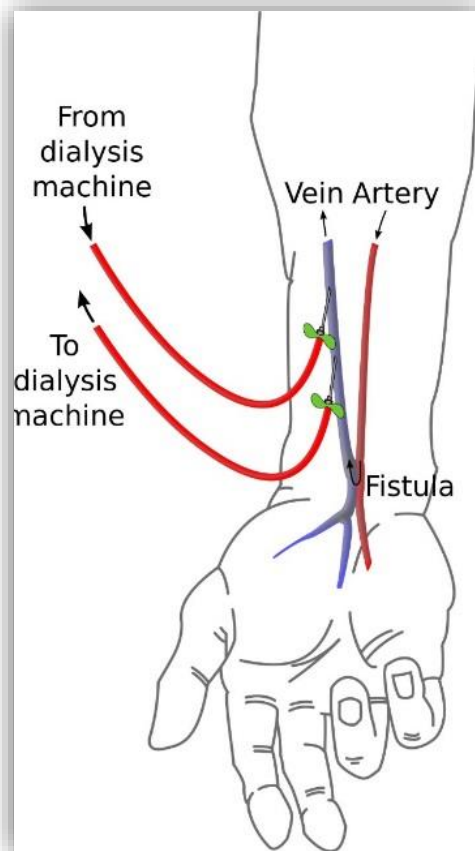
^۱ Central Venous Catheter



شکل ۱۱-۲. کاتتر ورید مرکزی تونل شده

در نوع تونل کاتتر طول بیشتری داشته و پس از ورود به زیر پوست، مسیری را تا رسیدن به سیاهرگ هدف، به صورت زیر پوستی ادامه می‌دهد. مثلاً در کاتتری که وارد جوگولار گردنی می‌شود، مسیر خروج از زیر پوست بر دیواره سینه قرار دارد و کاتتر از سینه تا گردن را در زیر پوست طی می‌کند. این روش برای کاتترهای با نیاز دراز مدت (از چند هفته تا چند ماه) نصب شده و طولانی بودن مسیر آن تا ورود به درون سیاهرگ یک راه پیشگیری از عفونت‌های آتی می‌باشد. جدا از مشکل عفونت، استنوز و تنگی سیاهرگ از دیگر مشکلات در به کارگیری کاتتر مرکزی است. از آنجا که کاتتر برای بدن یک جسم خارجی است، در دراز مدت باعث تنگی و گرفتگی رگ شده و بیمار نیاز به روش‌های جایگزین خواهد داشت (۱).

فیستول شریانی وریدی



شکل ۱۲-۲. فیستول رادیوسفالیک

فیستول شریانی وریدی نوعی آناستوموزی و پیوند فیستولی بین یک سرخرگ و یک سیاهرگ است که باعث بالا رفتن جریان خون درون سیاهرگ شده و در فرایند همودیالیز خون بیشتری را بدون عبور از مویرگ برای عبور از ماشین دیالیز فراهم می‌کند. در فیستول می‌توان با لمس ورید (مانند گرفتن نبض رادیال) ضربان شریانی را به راحتی احساس نمود که به آن تریل^۱ گفته می‌شود و نیز توسط استتوسکوپ صدای خون را شنید که به آن بروت^۲ می‌گویند. در ایجاد فیستول بر روی ساعد، بیش‌تر ورید سفال را به شریان رادیال و یا شریان براکیال، آناستوموز می‌کنند. پس از جراحی و ایجاد فیستول باید چند هفته صبر نمود تا به اصطلاح فیستول بالغ و آماده استفاده شود (۱، ۱۶).

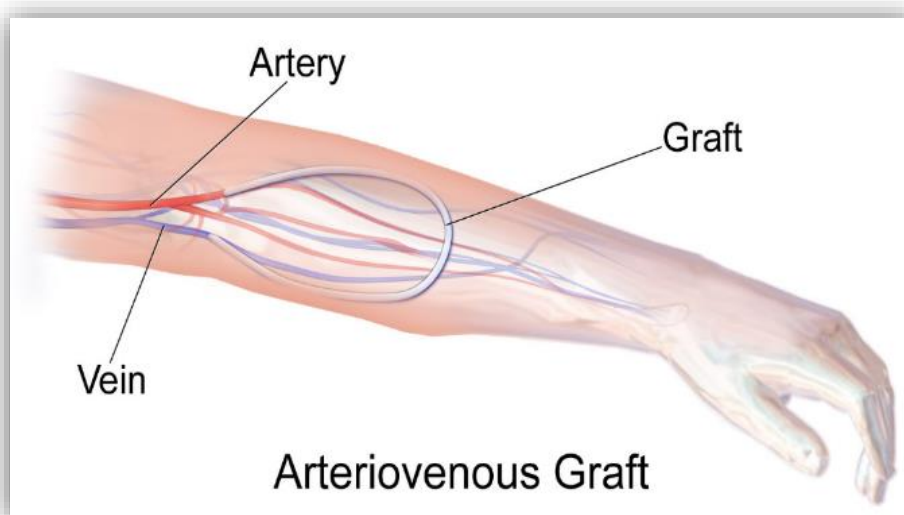
در کل فیستول خطر کمتری در عفونت زایی دارد و بهترین روش موجود در همودیالیز محسوب می‌گردد، اما مشکلات ویژه خود را نیز دارد. در فیستول به علت عبور نکردن کامل خون از مویرگ‌ها یا به اصطلاح سندروم خون دزدی، در اندام دارای

^۱ Thrill

^۲ Bruit

فیستول ممکن است سردی انگشتان و درد های ناشی از کرامپ ایجاد گردد. از دیگر عوارض فیستول در دراز مدت ایجاد آنوریسم^۱ است. دیواره سیاهرگ ضعیف بوده و مانند دیواره سرخرگ الاستیک نیست و پس از مدتی در سیاهرگ حالت باد شدن و برآمدگی پدید می آید. از دیگر پیآمدهای فیستول، از بین رفتن دیواره سیاهرگ به دلیل سوراخ شدن پی در پی و توسط سوزن است هر چند پرستار دیالیز می تواند از تکنیک هایی مانند جابه جایی مداوم و با تناوب گردشی و دایره وار نقطه ورود سوزن بدرون پوست و سیاهرگ را تغییر داده و بدین طریق فرصت بیشتری به دیواره سیاهرگ برای ترمیم و بهبودی بدهد. تکنیک دیگر در نگهداری فیستول این است که پرستار برای قرار دادن سوزن درون سیاهرگ، فقط از یک نقطه استفاده کند و بدین طریق باقی دیواره رگ دست نخورده باقی می ماند. این تکنیک به خاطر نگرانی پرستار از پاره شدن رگ (متعاقب آن اعزام اورژانسی بیمار به اتاق عمل) کمتر استفاده می گردد (۲).

گرافت شریانی وریدی



شکل ۱۳-۲. گرافت شریانی وریدی

گرافت همانند فیستول و با همان اصول اجرایی تعریف می شود اما به جای آناستوموز و بخیه کردن دو دیواره سرخرگ و سیاهرگ به هم، از یک گرافت سینتتیک استفاده می شود. جنس غالب گرافت ها از پلی تترافلورو اتیلن می باشد و برخلاف فیستول می تواند با اندازه های مختلف و مورد نیاز پزشک استفاده شود اما به دلیل وجود یک جسم خارجی درون بافت بدن، خطر بیشتری از نظر ایجاد عفونت به همراه دارد. پژوهش ها و نیز تجربه بالینی نشان می دهد که در بین روش های مرسوم و عنوان شده، روش فیستول شریانی وریدی بهترین روش ممکن است (۲).

¹ Aneurism

دستگاه همودیالیز

هر دستگاه همودیالیز دارای ۳ قسمت اصلی می باشد که شامل موارد زیر است:



شکل ۱۴-۲. دیالیزر

۱. دیالیزر^۱: در حقیقت صافی های دیالیز هستند که در ابتدا از جنس سلولز بود. جنس دیالیزر باید به گونه ای باشد که موجب تحریک سیستم ایمنی بدن بعد از تماس خونی با آن نشود و اکثر دیالیزرها یا به صورت Plate و یا به صورت Holofiber هستند که بیشترین نوع آن Holofiber است که به صورت لوله های موئین اند که سوراخی در داخل آن وجود دارد که در یک قسمت خون جریان داده می شود و در قسمت دیگر آب دیالیز جریان دارد که معمولاً جریان آنها خلاف جهت یکدیگر است. دیالیزرهای سلولزی باعث واکنش ایمنی در بدن می شود و مناسب نیستند.

^۱ Dialyzer



شکل ۱۵-۲. مایع دیالیز

۲. مایع دیالیز^۱: همان آب دیالیز است که محلولی حاوی ۱۲۰ لیتر آب می باشد، این آب باید مرحله‌ی را پشت سر بگذارد و تغییراتی در آن انجام شود و به طریقی باید تصفیه شود و سختی آن گرفته شود. مثلاً در آب شهر مس، آلومینیوم، توکسین و میکروب وجود دارد که باید تصفیه شوند و موادی مانند بیکربنات، سدیم، کلر، پتاسیم، منیزیم و کلسیم به آن اضافه شوند.

۳. سیستم برگشت خون^۲: دستگاهی است که کار آن کشیدن خون و پمپاژ آن به بدن بیمار است. در دیالیز پدیده‌ای به نام عبور آب با فشار^۳ وجود دارد. در هر دیالیز برای نتیجه بهتر در هر دقیقه باید ۵۰۰-۲۵۰ سی سی خون به دستگاه وارد شود که ۵۰۰ سی سی عدد زیادی است در نتیجه دور دستگاه را روی ۲۰۰ سی سی در هر دقیقه تنظیم می کنند. به میزان خونی که در هر دقیقه وارد دستگاه می شود دور دستگاه می گویند. بعد از انجام دیالیز به دلیل گرفتن مواد زائد از بدن بیمار، کاهش وزن داریم، پس بعد از اتمام دیالیز حتماً بیمار باید وزن کم کرده باشد (۶۳).

^۱ Dialysate

^۲ Blood Delivery System

^۳ Ultrafiltration

ارزیابی دیالیز:

برای ارزیابی این که آیا دیالیز خوب بوده یا نه به بررسی میزان اوره برداشته شده در هر نوبت دیالیز می پردازیم، معمولاً توصیه می شود در دو یا سه جلسه اول باید اوره بیشتر برداشته شود، چون هر چه میزان برداشت اوره بیشتر باشد وضعیت بیمار بهتر می شود برای محاسبه میزان برداشت اوره از مقیاس Urea reduction ratio استفاده می شود. روش اندازه گیری اوره:

برای اندازه گیری اوره گرفته شده از بیمار، از مقیاس KT/V استفاده می شود.

$K = \text{clearance}$ $T = \text{time}$

$V = \text{volume distribution}$ (حجم توزیعی)

کلیرانس یعنی در هر دقیقه چند سی سی از خون فرد از اوره پاک شده است. مقیاس KT/V ، میزان مؤثر بودن دیالیز (کفایت دیالیز) را نشان می دهد. برای محاسبه V (حجم توزیعی) نمودار وجود دارد که برای زن و مرد متفاوت است و براساس قد و وزن بیمار می باشد. کلیرانس به نوع صافی استفاده شده بستگی دارد. صافی هایی وجود دارد که به صورت هالوفایبر هستند و به شکل لوله ی موئینه می باشند. کلیرانس به قطر این لوله ها بستگی دارد که قطر هر چه بیشتر باشد، کلیرانس بیشتر است و صافی های بزرگتر بهتر است. از عوامل دیگری که در کیفیت دیالیز تعیین کننده است، دور دستگاه می باشد یعنی در هر دقیقه چقدر از خون بیمار وارد دستگاه می شود. تعیین دور دستگاه بستگی به جثه مریض بستگی دارد. گاهی بیمار خودش دستگاه را روی دور کمتری تنظیم می کند، زیرا دیالیز شدن با دور بالا به بیمار احساس بدی می دهد به طوری که احساس می کند یک دفعه Washout شده است یعنی همه چیز بدنشان را از دست می دهند و حالتی مثل شوک به بیمار دست می دهد. از دیگر موارد تعیین کننده، سرعت جریان مایع دیالیز است که اکثر بخش ها ۱۵ ml/min است (۶۳).

عوارض همودیالیز:

۱. کاهش فشارخون^۱: به طوری که قبل از دیالیز فشار فرد نرمال یا حتی تا حدودی نیز بالا بوده باشد ولی بعد از دیالیز یک دفعه فشار فرد پایین می افتد و به دنبال آن اگر بیمار مشکل قلبی داشته باشد ممکن است فرد دچار MI، آریتمی و ... شود. یکی از عواملی که باعث کاهش شدید فشار خون می شود اولترافیلتراسیون بالا است. یعنی مایع زیادی از بیمار بگیریم، بیمار ممکن است دچار آنوری یا دیس اوری شود. بعد از هر بار دیالیز چون در فاصله هر دیالیز فرد آب و غذا مصرف می کند ممکن است ۵-۶ کیلوگرم اضافه وزن پیدا کند و پزشک باید در زمان دیالیز بعدی این اضافه وزن را از بین ببرد و این کار را به کمک اولترافیلتراسیون انجام می دهد. باید به بیمار آموزش داد که در فواصل دو دیالیز نهایتاً ۲-۳ کیلوگرم اضافه وزن داشته

^۱ Hypotension

باشد یعنی خیلی مایعات مصرف نکند. هر چه وزن فرد بیشتر شود، اولترافیلتراسیون بیشتر می شود و در معرض بیشتر کاهش فشارخون نیز قرار می گیرد. وزن خشک^۱، وزنی است که بیمار پس از ترک دیالیز دارد به طوری که هیچ گونه ادمی نداشته و فشارخون او نیز نرمال می باشد و اگر بیشتر اولترافیلتراسیون را انجام دهیم فرد دچار هایپوتنشن می شود.

۳. یکی دیگر از مواردی که بیمار زیر دیالیز به آن دچار می شود، گرفتگی عضلانی^۲ است و اتیولوژی این گرفتگی ها، برداشتن وزن بیشتری از میزان لازم در دیالیز است.

۴. از دیگر عوارض دیالیز ایجاد واکنش های آنافیلاکسی است و علت آن استفاده از صافی است که ممکن است در بیماران ایجاد حساسیت کند.

۵. آنمی: در هر بار دیالیز ممکن است خون بیمار ریخته شود یا در زمان برگشت خون از دستگاه به بدن لخته شود و آن مقدار از خون لخته شده را باید دور ریخت که زمینه ساز ایجاد آنمی در بیمار دیالیزی می شوند.

۶. انتقال عفونت: امکان انتقال بیماری ها در افرادی که در یک محیط دیالیز می کنند بالاست. اکثر این بیماری ها منتقله از خون هستند (هپاتیت B و C). ویروس هپاتیت B را می توان تا یک هفته در سطوح پیدا کرد. هر بیماری که می خواهد دیالیز شود باید از نظر HBV Ag، HCV Ag و HIV بررسی شود (۲، ۱۶، ۶۳).

۴-۲. اختلالات خواب^۳:

خواب از اولین پدیده هایی است که در اثر تغییر شرایط محیطی دچار اختلال می شود. گاهی ناراحتی های محیطی که باعث اضطراب و تشویش شده یا موجب ناکامی خواسته ها و عدم ارضاء نیازهای اساسی می گردد، خواب را مختل می کند. برای شناخت اختلالات خواب لازم است ابتدا خواب طبیعی توضیح داده شود تا تفاوت آن با اختلال خواب مشخص گردد (۱۸).

خواب دو فاز یا مرحله دارد مرحله حرکات سریع چشم^۴ و مرحله بدون حرکات سریع چشم^۵. خواب در مرحله REM یا خواب همراه با رویا^۶، آن مرحله از خواب است که در آن مغز فعال است؛ NREM مرحله آرام یا پراسایش خواب است. مراحل خواب از NREM به REM به طور پیوسته تکرار می شوند. هر چرخه خواب حدود ۹۰ دقیقه به طول می انجامد و ۴ تا ۶ بار در طول یک خواب ۷ یا ۸ ساعته تکرار می شود. خواب طبیعی حالت منظم، تکرارشونده و به آسانی برگشت پذیر ارگانیسم تعریف می شود که با بی حرکتی نسبی و بالا رفتن قابل توجه آستانه واکنش به محرک های خارجی در مقایسه با حالت بیداری مشخص می گردد.

¹ Dry Weight

² Muscle Cramps

³ Sleep Disorder

⁴ Rapid Eye Movement

⁵ Non REM

⁶ Dream Sleep

اختلالات خواب مانند زیاد یا کم خوابیدن، پریدن از خواب، نرفتن به مرحله خواب عمیق و سخت به خواب رفتن است. این اختلالات می‌تواند ناشی از بیماری‌های روانپزشکی مانند اضطراب، بیماری‌های سیستم تنفسی یا به عنوان نوعی بیماری سالمندان باشد. گاهی خواب روی نمی‌دهد یا در زمان نامناسبی روی می‌دهد یا این که به نظر آرام بخش نمی‌رسد که آن را اختلال خواب می‌نامیم (۶۴).

به طور کل تعریف دقیق و جامعی از اختلالات خواب وجود ندارد، اما آنچه مسلم است خوب خوابیدن به اندازه خوب خوردن و خوب هضم کردن برای سلامت جسمانی و روانی اهمیت دارد. در خلال خواب است که ارگانیزم، انرژی خود را ترمیم می‌کند و سلول‌های عصبی احیا می‌شوند. خواب از ارگانیزم علیه خستگی مفرط و فزون- تنودی حمایت می‌کند. با این وجود، خواب فقط یک بخش عصبی- فیزیولوژیکی نیست. از لحاظ روانشناسی، تأثیر ترمیم‌کننده آن به اندازه ای است که اشخاص تنیده و عصبی را با خوابانیدن درمان می‌کنند. همچنین در علت شناسی بیماریهای عصبی- روانی کودک و بزرگسال در بیشتر مواقع با بی خواب یا کم خوابی مواجه می‌شویم (۱۸).

علائم عمده اختلالات خواب

نیاز افراد به خواب متغیر است بسیاری از مردم پر خواب هستند شب‌ها ۹ تا ۱۰ ساعت می‌خوابند، برخی نیز کم خوابند، اما طول خواب همیشه با یک اختلال خواب همبستگی ندارد. گفته شده است که افراد کم خواب احتمالاً دچار بیماری توام هستند، اما این توضیح نامعلوم باقی مانده است. چهار علامت عمده مشخص‌کننده اکثر اختلالات خواب است: بیخوابی، پرخوابی، پاراسومنیا (نابهنجاری خواب) و آشفتگی برنامه خواب بیداری، این علائم غالباً همپوشی دارند. (۴۸)

بی خوابی

بی خوابی عبارت است از اشکال در شروع یا دوام خواب. بی خوابی شایع‌ترین نوع شکایت از خواب است. ما نمی‌توانیم بی خوابی را به صورت مفید، بر حسب تعداد ساعت‌های خواب تعریف کنیم. برخی افراد هر شب بعد از کمتر از ۶ ساعت خواب احساس می‌کنند که کاملاً استراحت کرده‌اند، سایرین بعد از ۹ ساعت خواب احساس می‌کنند که استراحت کافی نکرده‌اند. شکایت از بی خوابی اشاره دارد به این که فرد روز بعد احساس می‌کند که خوب استراحت نکرده است (۱۸).

پر خوابی

خواب آلودگی مفرط، با خواب شبانه طولانی، اشکال در حفظ حالت هوشیاری در خلال روز، دوره‌های خواب ناخواسته در روز تظاهر می‌کند. اصطلاح خواب آلودگی را باید برای بیمارانی گذاشت که از میل دائم به خواب و استعداد قابل اثبات آشکار

برای خواب ناگهانی در حال بیداری شکایت می کنند، دچار حملات خواب هستند، و قادر به بیدار ماندن نیستند. شکایت از پرخوابی به نسبت بی خوابی شیوع کمتری دارد. شایع ترین حالات به وجود آورنده خواب آلودگی مفرط، که شدت آن ها برای ارزیابی و نوار نگاری در مراکز خاص اختلالات خواب کافی بوده است، عبارت اند از آپنه خواب و نارکولپسی (۶۵).

پاراسومنیا^۱

ناهنجاری خواب یا همان پاراسومنیا از طریق پدیدار شدن وقایع رفتاری یا فیزیولوژیکی ناهنجاری در رابطه با خواب، مراحل تشخیص خواب یا فواصل خواب - بیداری، مشخص می شود. پاراسومنیا یک پدیده غیر عادی و ناخوشایند است که ناگهان در ضمن خواب پدید آمده یا در آستانه بین خواب و بیداری روی می دهد. اکثر پاراسومنیاهای در مراحل ۳ یا ۴ خواب روی داده و لذا خواب به خاطر آورده نمی شوند (۶۵).

اختلال برنامه خواب - بیداری

آشفستگی برنامه خواب - بیداری به جا به جایی خواب از دوره شبانه روزی مطلوب مربوط است. علامت مشترک این اختلالات ناتوانی بیمار در به خواب رفتن در زمان دلخواه است، هر چند در سایر مواقع می توانند بخوابند. همچنین قادر به بیداری کامل در زمان دلخواه نبوده، اما در سایر مواقع می توانند کاملاً بیدار و هوشیار باشند. این اختلالات دقیقاً بی خوابی یا خواب آلودگی ایجاد نمی کنند. عملاً شکایت اولیه بیمار از بی خوابی یا خواب آلودگی است و ناتوانی های فوق الذکر فقط با پرسش دقیق آشکار می گردد. آشفستگی برنامه خواب - بیداری را می توان عدم هماهنگی بین رفتارهای خواب و بیداری تلقی کرد. پرسش سابقه خواب در تشخیص گذاری بیمار مبتلا به اختلال خواب کمک کننده است (۱۱).

آثار و نتایج اختلالات خواب:

به نوشته پایگاه اینترنتی آکادمی پزشکی خواب آمریکا، اختلالات خواب یکی از انواع شایع بیماری ها به حساب می آید که بر خلاف شیوع قابل توجه آن و تأثیری که بر سلامت افراد در دراز مدت می گذارد به حد کافی مورد توجه قرار نگرفته است. به ویژه این بیماری ها به علت آن که اختلالات قلب و عروق ایجاد می کنند اهمیت زیادی دارند. اختلالات خواب علاوه بر آن که موجب بروز بیماری های زیادی می شوند به علت آن که فرد را در طول روز از کارایی لازم باز می دارند آثار اقتصادی فوری هم دارند. به طور کلی بی خوابی مزمن ممکن است منجر به کاهش احساس سلامت (مثلاً بد خلقی و بی علاقتی، کاهش توجه، انرژی و تمرکز حواس و افزایش و کسالت) طی روز شود. و نیز باعث شکایت ذهنی از خستگی روزانه. همچنین بی خوابی باعث

¹ Parasomnia

ایجاد یا همراه شدن اختلالات دیگر مانند افسردگی و اضطراب شده و آن نیز منجر به مشکلات بین فردی، مشکلات اجتماعی و شغلی شود و تحریک پذیری در روز تمرکز ضعیف را افزایش دهد. بی توجهی و عدم تمرکز ممکن است منجر به بروز حوادث شود. همچنین بی خوابی باعث افزایش بروز مشکلات روانی فیزیولوژیکی مربوط به استرس (مثلاً سردرد، افزایش تنش ماهیچه ای، ناراحتی، معده) می شود. همانطور که بی افراد را دچار مشکل می کند. پر خوابی نیز ممکن است منجر به ناراحتی و نارسایی کارکردی قابل ملاحظه ای در کار و روابط اجتماعی و شغلی شود. دوره ای خواب روزانه غیر عمدی می تواند نگران کننده و حتی خطرناک باشد. برای نمونه شغلی شود. دوره های خواب فرد در حال رانندگی یا کار با یک دستگاه است. سطح هوشیاری پایین که هنگام مبارزه فرد با خواب آلودگی پدیدار می شود ممکن است منجر به اثر بخشی ضعیف، تمرکز ضعیف و حافظه ضعیف در ضمن فعالیت های روزانه شود (۱۸).

روش های درمان اختلالات خواب:

روش های درمان در اختلالات خواب شامل دارو درمانی و روانشناختی می باشد.

الف) دارو درمانی

در حال حاضر، باربیتورات ها را به علت خطرهای پيامد های ثانوی آنها تجویز نمی کنند و از بنزودیازپین ها به عنوان متداول ترین داروهای خواب آور استفاده می شود. با این حال متخصصان بالینی و دارو شناختی همگی بر این باورند که مصرف مداوم این داروها با تأثیر بر وهله های خواب متناقض، کوتاه کردن آنها و همچنین ایجاد کاهش مدت زمان خواب عمیق - ساختار خواب را تغییر می دهد، به خوابی ترمیم کننده منجر نمی شود و تقلیل کارآمدی فرد را در پی دارد و بالاخره موجب وابستگی و یا اعتیاد می شود. در حالی که، بنزودیازپین ها بر علل ایجاد کننده اختلال خواب مؤثر نیستند و بنابراین مصرف آنها فقط باید به صورت کوتاه مدت باشد به حداقل مقدار مؤثر کاهش یابد. تجویز دارو در خلال کودکی نیز تقریباً همواره با شکست مواجه می شود و در دوره نوجوانی نیز استفاده از آن - حتی بیش از دوره کودکی - باید با رعایت احتیاط صورت گیرد چون این خطر وجود دارد که فرد یک چرخه خود دارو درمانگری مزمن گرفتار شود. برخی از مکمل های رژیم غذایی که برای تسهیل خواب مورد استفاده قرار می گیرند عبارتند از ملاتونین وال - تریپتوفان. ملاتونین یک هورمون درونزاد است که توسط غده صنوبری ترشح می شود و به تنظیم خواب ارتباط دارد. بنابراین، تجویز ملاتونین برونزاد نتایج مختلطی در پژوهش بالینی داده است. به طور کلی دارو درمانی ضمن کمک به بهبود برخی شاخص های کیفیت خواب در این بیماران، همواره دارای عوارض جانبی بوده و حتی در مطالعه فولی مطرح شده که باربیتورات ها منجر به تشدید بی خوابی در ۵۰ درصد از بیماران همودیالیزی شده است (۴۸).

ب) درمان های روان شناختی

ج) اقدامات غیر اختصاصی برای تسهیل خواب (بهداشت خواب)

(د) طب مکمل

از روش های غیر دارویی می توان از طب مکمل نام برد؛ به طوری که نزدیک به ۱/۶ میلیون نفر آمریکایی از درمان های مکمل مثل طب فشاری، طب سوزنی، رایحه درمانی، ماساژ بازتابی، آرام سازی، داروهای گیاهی و ... جهت رفع مشکلات خواب استفاده کرده اند و نتایج مطالعات نشان داده که، استفاده کنندگان از درمان های غیر دارویی به میزان ۶۰ تا ۷۰ درصد مشکلات آنان برطرف شده است (۳۹). لذا به نظر می رسد که کاربرد یک روش ایمن و بی خطر در کاهش اختلالات خواب ضروری به نظر می رسد.

ماساژ درمانی یکی از این روش ها است که ضمن کمک به بهبود اختلالات خواب می تواند موجب افزایش گردش خون، تسکین تنش، کمک به دستگاه گوارش و عملکرد آن، تحریک سیستم لنفاتیک، بهبود عملکرد سیستم عصبی اتونوم، تسکین فشارهای عصبی و کاهش ضربان قلب و فشارخون شود و از طرفی باعث ترشح اندورفین ها و در نتیجه کاهش درد کمر، رفع بی خوابی و همچنین باعث ایجاد آرامش در بیمار گردد. ماساژ همچنین میتواند در تعادل دستگاه عصبی و اصلاح تعادل فیزیکی بسیار موثر باشد. پوست و عضلات حاوی پایانه ها و اتصالات عصبی بسیار زیادی هستند. لذا ماساژ آرام به وسیله اعصاب در هر قسمت بدن پخش و موجب تسکین و بهبود احساس سلامتی می گردد. این کار با فشار ملایم و سپس آزاد کردن عضلات و عروق که از میان آنها می گذرد، انجام می شود (۳۹).

۵-۲. ماساژ بازتابی پا:

تاریخچه بازتاب شناسی

تئوری های گوناگونی در مورد منشأ بازتاب شناسی وجود دارد و مبدأ آن ممکن است طب شرقی در ۵۰۰۰ سال پیش باشد که آن را با طب فشاری و سوزنی که مسیر مریدنیها را دنبال می کند، متصل می سازد و یا مصر ۲۵۰۰ تا ۲۳۳۰ سال قبل از میلاد باشد. پیدا شدن یک تصویر نقاشی شده در آرامگاه پزشکی مصری بنام Ankahar که نشان دهنده وجود بازتاب شناسی در این تاریخ است. به هر حال آغاز و مبدأ آن هر جا که بوده، بازتاب شناسی ادامه پیدا کرد تا اینکه به اروپا و آمریکا رسید و در آنجا رشد نمود و تکامل یافت. آقای هری باند^۱ در کتاب خود به نام منطقه درمانی در ۱۵۸۲ نحوه عمل بازتاب شناسی را به ویژه در روی طبقه پادشاهی و مرفه جامعه مورد بحث قرار داد. آقای هد^۲ نیز در ۱۸۹۰ مناطقی را روی پوست کشف کرد. وی متوجه شد چنانچه عضوی که توسط اعصاب به این ناحیه از پوست مرتبط می شود دچار بیماری گردد، این بخش پوست، حساسیت بیشتری به فشار پیدا می کند. دکتر ایوان پاولو^۳ سال های ۱۹۳۶-۱۸۴۹ از بازتاب شناسی به عنوان پایه ای برای تحقیق مشهورش

^۱ Harry Bond

^۲ H. Head

^۳ Ivan Pavlov

بر روی بازتاب های وضعی استفاده نمود. دکتر آ کورنلیوس^۱ آلمانی در سال ۱۹۰۲ متوجه شد که درد خود وی که ناشی از یک عفونت بود بعد از فشار دادن کف پا تخفیف یافت. وی در کار پزشکی خود به تحقیق بر روی فشار کف پا ادامه داد. در ایالات متحده، دکتر ویلیام فیتزجرالد^۲، در اوایل سال ۱۹۰۰ نشان داد که می تواند جراحی های کوچک را، بدون ناراحتی برای بیمارانش، با اعمال فشار بر روی کف دست هایشان انجام دهد. دکتر جی رایلی^۳، در سال ۱۹۱۹ کتاب منطقه درمانی آسان شده را منتشر کرد و در آن نمودارهایی با جزئیات کامل چاپ نمود. وی محل نقاط رفلکس در کف پاها را ترسیم کرده بود. خانم اونیس اینگهام^۴ (۱۸۶۹-۱۹۷۴) که مادر بازتاب شناسی مدرن نامیده شده است از کارهایی که در باب منطقه درمانی در گذشته انتشار یافته بود در درمان های خود استفاده کرد و نقشه کل بدن را بر روی کف پاها تکمیل نمود. میراثی که وی در خصوص بازتاب شناسی بر جا گذاشته بود توسط دوئیت بایرز^۵ برادرزاده وی تداوم یافت. وی انستیتوی بین المللی بازتاب شناسی را در شهر سن پترزبورگ در روسیه راه اندازی کرده است (۳۵).

بازتاب شناسی

بازتاب شناسی یا بازتاب شناسی هنری ظریف و شکلی از درمان های شفا بخش طب کل نگر است که نباید آن را با ماساژ کف دست و پا اشتباه گرفت بلکه یک نوع فشار درمانی ویژه و معین است. این رشته یک تکنیک قدیمی است و بر این اساس پایه ریزی شده که نقاط بازتابی (رفلکس) در روی کف دست ها و پاها وجود دارند که با تمام قسمت بدن اعم از عضله، عصب، غده و استخوان مطابقت دارند و فشار روی این نقاط تورم یا احتقان را از بین برده و به آرامش اعصاب کمک می کند. این آرام سازی اعصاب هم به نوبه خود انقباض عروقی را کاهش می دهد بطوری که خون و جریان عصبی با آزادی (راحتی) بیشتری جریان یافته و در نتیجه بهبود جریان خون، سموم نیز از بدن دفع می شوند (۴۰).

فلسفه بازتاب شناسی

عدم تعادل بدن در جریان زندگی روزانه می تواند سبب مسدود (بلوکه) شدن پیام های عصبی در هر نقطه مختلف گردد و این بدین معنی است که سرعت حرکت پیام های عصبی به عضلات، اعضا و غدد بدن تا حدودی کند می شود. دانش بازتاب شناسی در جهت رفع انسداد این مسیرها و بهبود ارتباطات عصبی عمل می کند. همچنین آزاد سازی اندورفین ها را در بدن افزایش می دهد و موجب افزایش سلامتی و نشاط و احساس خوب بودن در فرد می شود (۲۲).

¹ A. Cornelius

² William Fitzgerald

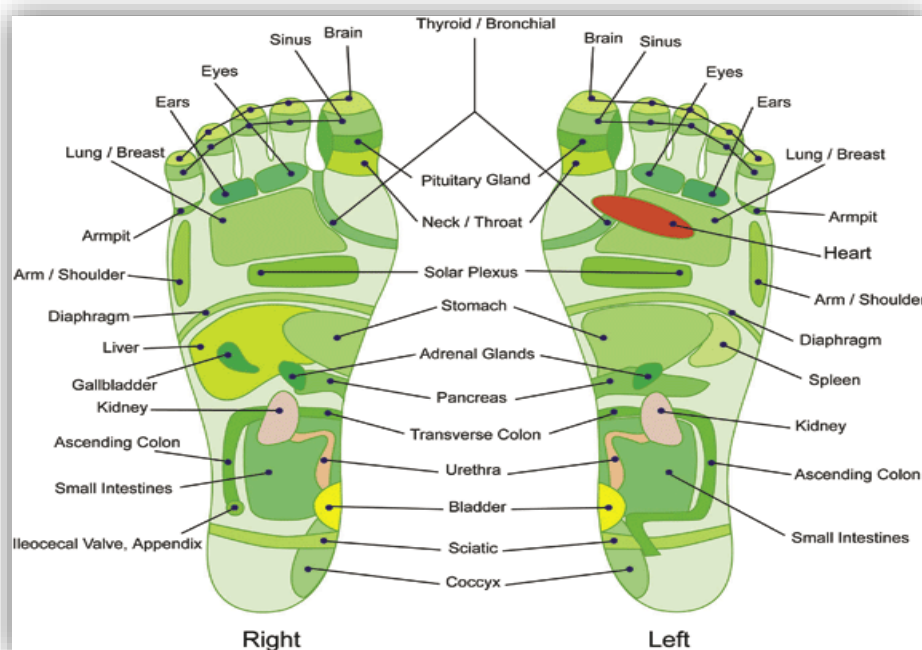
³ J. Riley

⁴ Eunice Ingham

⁵ Dwight Byers

با اینکه، غالباً بازتاب شناسی را روی کف پا انجام می‌دهند، لیکن انجام طب فشاری بر کف دست‌ها هم به کار گرفته می‌شود. تقریباً در کف هر پا ۷۲۰۰ پایانه عصبی وجود دارد. همچنین هر پا شامل ۲۶ استخوان کوچک، ۱۱۴ لیگامان و ۲۰ عضله می‌باشد که توسط بافت همبند، عروق خونی و اعصاب به همدیگر متصل گشته و توسط پوست پوشیده شده‌اند. این اجزا با دقت بسیار عالی با یکدیگر سازگار شده و این ساختمان پیچیده روی دو قوس اصلی تعادل یافته است. قوس اول از پاشنه پا تا قاعده انگشت کوچک و قوس دوم از پاشنه پا تا انگشت بزرگ (شست) امتداد می‌یابد. پاشنه پا قسمتی است که فشار وزن بدن ما را تحمل می‌کند و توسط لایه‌های محافظت کننده چربی برای جلوگیری از اصطکاک در بین استخوان‌ها، در هر قدمی که بر می‌داریم، عایق‌کاری شده است (۳۵).

در بازتاب شناسی، اعتقاد بر این است که پاها ماکروکوزوم^۱ یا یک نقشه کوچک از کل بدن هستند. یعنی تمام اعضا و قسمت‌های مختلف بدن روی آنها منعکس شده و نظم و ترتیب قرارگیری بخش‌های بدن روی کف پاها دقیقاً مشابه نظم و ترتیب قرارگیری آنها در بدن است. تصویر این بازتاب‌ها را می‌توان روی کف پا، انگشتان و در طول کناره داخلی و خارجی پا، پیدا کرد. اگرچه اکثریت مردم با پاهای سالم به دنیا می‌آیند ولی تخمین زده می‌شود که تقریباً در ۸۰ درصد بزرگسالان، مشکلات پاها پیش خواهد آمد. گرچه مشکلاتی نظیر میخچه، پینه و موارد مشابه را غالباً ناشی از کفش‌های نامناسب می‌دانند و لیکن این‌ها تنها بخشی از اختلالات هستند و بازتاب شناسی بر این باور است که مشکلات پاها با اختلالات درونی بدن مرتبط هستند (۳۱).



شکل ۱۶-۲. نقشه بازتاب شناسی پاها

^۱ Macrocosm

موارد استفاده از بازتاب شناسی

بازتاب شناسی تمامی گروه های سنی از نوزادان تا افراد مسن را می تواند درمان کند. بازتاب درمانی می تواند بیشتر برای متعادل سازی کل بدن استفاده شود تا برای بهبود و شفای اختلالات خاص، لیکن با کاربرد مناسب، بازتاب درمانی می تواند قدرت شفا بخشی خود بدن را افزایش دهد. افرادی که بازتاب درمانی را انجام می دهند پیشنهاد می کنند که درمان هفتگی بازتاب شناسی می تواند اکثریت مشکلات را در ابتدا متوقف کند و احتمال یک بهبودی سریع را زیاد کند. بازتاب درمانی گردش خون به نواحی از بدن را افزایش می دهد که جذب مواد مغذی و حذف مواد زائد را زیاده تر می کنند (۲۲).

همچنین بازتاب شناسی دارای اثرات زیر می باشد:

- ۱- متعادل سازی تمام سیستم های یازده گانه بدن، به طوری که بدن بتواند خود را شفا دهد.
- ۲- موجب تحریک آن نواحی از بدن و ذهن که عملکرد صحیح ندارند و آرام سازی نواحی پر فعالیت می شود.
- ۳- دیدگاه ذهنی مثبت را تقویت می کند (تندرستی عبارت است از هماهنگی فعل و انفعال انرژی ها در داخل بدن). افکار منفی و احساسات منفی جریان آزادانه این انرژی ها را محدود کرده و سبب تورم و احتقان آنها در بدن می شود که اگر تصحیح نشوند سرانجام بصورت بیماری تظاهر می کنند.
- ۴- بیرون کردن و رفع احساسات سرکوب شده ناشی از فشارها و استرس، آرام سازی بدن و تغییر وضع زندگی (متخصصین این رشته بر این باورند که ۸۵ درصد تمام بیماری های امروزی بشر به نوعی مرتبط با استرس است).
- ۵- آرامش بدن (آرام سازی بدن).
- ۶- با افزایش آزاد سازی اندورفین ها به کنترل درد کمک می کند.
- ۷- عملکرد سیستم ایمنی را افزایش داده و جریان لنفاتیک را بهتر می کند.
- ۸- تندرستی بدن را در حالت متعادل نگه می دارد.
- ۹- سطوح تمرکز را افزایش می دهد.
- ۱۰- گردش خون و جریان عصبی را بهبود می بخشد.
- ۱۱- در نواحی احتقان که معمولاً بصورت درد احساس می شوند، موجب احساس رهایی می گردد (۳۵).

لمس همواره بخشی از اختیارات پرستاری بوده و رفلکسولوژی به بخشی از این ارتباط با بیماران تبدیل شده است. استفاده علمی از رفلکسولوژی توسط پرستاران در حال حاضر از طریق تحقیق کشف شده است. این کار ایجاد مدرکی اساسی برای استفاده از آن است. استفاده از رفلکسولوژی توسط پرستاران آسان و عملی است. رفلکسولوژی پا راهی برای افزایش ارتباط متقابل پرستار

و بیمار است. این عمل یک استراتژی برای تحقق اهداف لمس انسان و مراقبت های پرستاری جامع آن ارائه می دهد. رفلکسولوژی در هر مکان قابل انجام بوده، غیر تهاجمی است و با حفظ حریم خصوصی افراد تداخلی ندارد.

۶-۲. مروری بر متون:

لازم به ذکر می باشد به این دلیل که براساس جستجو های انجام شده در پایگاه های SID، Magiran، Iran Medex، Scopus، Pubmed و با مراجعه به منابع در دسترس تاکنون مطالعات اندکی با هدف بررسی تاثیر ماساژ بازتابی پا بر کیفیت خواب بیماران همودیالیز در داخل و خارج از کشور طی سال های ۹۰ تا ۹۵ انجام شده، لذا متونی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم در ارتباط با مطالعه حاضر بوده اند مورد بررسی قرار گرفته اند.

سید رسولی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه ای، تاثیر بازتاب درمانی را بر کیفیت خواب سالمندان در تبریز مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه بر روی ۴۶ نفر از مردان ۶۵ تا ۷۰ ساله در ۲ گروه مداخله و شاهد انجام گرفت، مداخله بازتاب درمانی برای گروه مداخله، صبح ها هفته ای یک بار و هر بار به مدت ده دقیقه برای هر پا انجام شد. ابزار مورد استفاده پرسش نامه کیفیت خواب پیتزبورگ بود، که قبل و بعد از مداخله توسط کمک پژوهشگر با مصاحبه انفرادی تکمیل گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ و آزمون های آماری ویلکاکسون و من ویتنی تجزیه و تحلیل شد. مقایسه تغییرات نمرات کیفیت خواب دو گروه نشان داد که در هیچ یک از اجزای پرسش نامه به جز طول مدت خوابیدن تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($p=0/01$). همچنین مقایسه نمرات قبل و بعد از مداخله اجزای پرسش نامه کیفیت خواب نشان داد که در دو جزء از پرسش نامه یعنی کیفیت ذهنی خواب و تاخیر در به خواب رفتن تفاوت از نظر آماری معنی دار است که به ترتیب ($p=0/029$) و ($p=0/001$) است. نتایج این پژوهش نشان داد بازتاب درمانی بر کیفیت خواب سالمندان موثر بوده و بیشترین تاثیر آن بر اختلالات ناشی از کیفیت ذهنی و طول مدت خواب بوده است (۶۶). این مطالعه بر روی جمعیتی از سالمندان انجام شده و نتایج آن حاکی از اختلال در کیفیت خواب ذهنی و تاخیر در به خواب رفتن (دو حیطة از حیطة های شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ) در این جامعه می باشد، این در حالی است که مطالعه حاضر بر روی بیماران همودیالیز با شرایطی متفاوت تر از شرایط سالمندان طراحی شده و ممکن است حیطة های متفاوت تری از حیطة های شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ در این جامعه تحت تاثیر قرار گیرد، در این مطالعه رده سنی محدودی مورد بررسی قرار گرفته است در صورتی که در مطالعه کنونی نمونه گیری از رده سنی وسیع تری انجام خواهد گرفت.

لی و همکاران^۱ (۲۰۱۱) مطالعه ای با هدف تاثیر ماساژ بازتابی کف پا بر خستگی، خواب و درد در گوانجو چین انجام دادند که از نوع مطالعه مروری و متاآنالیز بود. داده های الکترونیکی و تحقیقات استفاده شده در این مطالعه شامل مطالعات منتشر شده ای بودند که تاثیر ماساژ بازتابی را بر خستگی، خواب و درد گزارش کرده بودند. ۴۴ مطالعه برای این بررسی مورد استفاده قرار گرفتند که شامل ۱۵ مقاله در رابطه با خستگی، ۱۸ مقاله در رابطه با خواب و ۱۱ مقاله در رابطه با درد بودند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار متا آنالیز جامع نسخه ۲ و با آزمون های همسانی و فیل-سیف N ارزیابی شدند، اثرات بر روی خستگی، خواب و درد همسان نبودند و به ترتیب بین ۰/۶۳ تا ۵/۲۹، ۰/۰۱ تا ۳/۲۲ و ۰/۴۳ تا ۲/۶۷ بودند. ماساژ بازتابی با اثرات بسیاری بر روی خستگی و خواب داشت و اثر کمتری بر روی درد داشت (۶۷). این مطالعه نشان داد که ماساژ بازتابی با یک مداخله مفید پرستاری جهت تسکین خستگی و ارتقاء خواب است، این پژوهش، مطالعه جامع بر روی مقالاتی بوده که تاثیر ماساژ بازتاب شناسی را به طور کلی و بدون در نظر گرفتن عوامل تاثیر گذار بر اختلالات خواب و همچنین در بیماران مختلف به غیر از بیماران دیالیزی مورد بررسی قرار داده اند، در صورتی که در مطالعه حاضر جامعه مورد مطالعه بیماران دیالیز بوده و همچنین عوامل تاثیر گذار بر اختلالات خواب نیز در نظر گرفته شده است.

مرداسی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه ای ماساژ پا را با هدف تاثیر بر اختلال خواب مادران در دوره پس از زایمان مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده بر روی ۶۰ مادر نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خرمشهر انجام شد. نمونه ها به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند (۳۰ نفر در گروه شاهد و ۳۰ نفر در گروه مداخله). ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه مشخصات فردی و شاخص کیفیت خواب پیتز بورگ بود. برای گروه مداخله، ماساژ پا به مدت ۵ روز متوالی، هر روز ۳۰ دقیقه عصر انجام شد و گروه شاهد مداخله ای نداشت. اطلاعات پژوهش در بدو ورود به مطالعه (۱۳ روز پس از زایمان)، بلافاصله پس از مداخله و یک هفته پس از مداخله جمع آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و آزمون های آماری اندازه گیری مکرر، کای اسکوتر و آزمون تی انجام شد. مقایسه میانگین کیفیت خواب پیتز بورگ در مراحل قبل 8.7 ± 1.9 ، بلافاصله بعد 5.2 ± 2.2 و یک هفته بعد 5.3 ± 2.4 از ماساژ در گروه مداخله متفاوت بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.001$) (۶۸). نتایج این مطالعه نشان داد ماساژ پا بر بهبود خواب مادران در دوره پس از زایمان مؤثر است، در این پژوهش تاثیر هورمون هایی که باعث تاثیر سو در مطالعه می شوند توضیح داده نشده است، مطالعه بر روی زنان نخست زا و پس از زایمان انجام شده که دارای شرایط فیزیولوژیکی خاصی می باشند، روش ماساژ پا در این مطالعه به روش اینگهام است در حالی که در مطالعه حاضر ماساژ پا از نوع بازتابی می باشد، همچنین در روش اینگهام ماساژ پا ۵ روز متوالی صورت می گیرد که با مطالعه ما متفاوت می باشد.

¹ Lee and et al.

توقیری اصل و همکاران (۱۳۹۰) تاثیر ماساژ بازتابی پا را در یک برهه زمانی شش ماهه در ۱۰۰ خانم یائسه در استان همدان با محدوده سنی ۴۵-۶۰ ساله که حداقل یک سال از یائسگی آنها می گذشت، با هدف معرفی این روش به عنوان طب جایگزین برای برطرف کردن عوارض یائسگی مورد بررسی قرار داد. این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود، افراد به طور تصادفی به دو گروه قرار گرفتند، ابزار جمع آوری اطلاعات پرسش نامه بود. پرسشنامه ای حاوی سوالات دموگرافیک و پیتزبورگ بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون های آماری اندازه گیری مکرر، کای اسکور و آزمون تی انجام شد. میزان $P < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد. در گروه آزمون ماساژ بازتابی کف پا به مدت ۱۵ دقیقه روزانه به مدت ۲۱ روز انجام گردید در حالی هیچ گونه مداخله ای در افراد گروه شاهد صورت نگرفت (۶۹). نتایج نشان دهنده کاهش چشمگیر اختلال خواب در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد شد، مطالعه مورد نظر تاثیر سو اختلالات هورمونی دوران یائسگی را بر روی هدف مطالعه مورد استدلال قرار نداده، جامعه مورد مطالعه دارای ویژگی های فیزیولوژیک خاص می باشد که نسبت به جامعه مورد مطالعه حاضر بسیار متفاوت می باشد، حیطه های کیفیت خواب پیتزبورگ به روشنی توضیح داده نشده است در حالی که در مطالعه ما تمامی حیطه های کیفیت خواب پیتزبورگ مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

بحرینی و همکاران (۱۳۸۹) تأثیر ماساژ افلوراژ^۱ (از بین انواع ماساژ، ماساژ افلوراژ بسیار آرامش بخش، ساده و سبک می باشد) بر کیفیت خواب زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را در شهر اصفهان مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه یک پژوهش از نوع تک گروهی پیش آزمون و پس آزمون می باشد که بر روی ۳۵ نفر از زنان مبتلا به ام اس انجام شد، نمونه ها به صورت داوطلبانه و به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند، ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات فردی مبنی بر دو قسمت خصوصیات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به بیماری و همین طور شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (پی کیو اس ای) بود، پی کیو اس ای^۲ ابزار خود گزارشی استاندارد است، در این مطالعه میانگین نمره کیفیت خواب بیماران قبل از مداخله ۱۱/۶۳ بود که بعد از مداخله به ۷/۳۶ کاهش یافت که نشان می دهد بین کیفیت خواب بیماران قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.0001$) (۷۰). نوع ماساژ مورد استفاده در این پژوهش افلوراژ همراه با روغن های معطر و غیر معطر بوده است و همچنین بر روی بیماران مبتلا به ام اس انجام گرفته است. این ماساژ بر روی گردن، پشت و انتهای انجام گرفته و مدل آن کاملاً متفاوت با مطالعه ما می باشد. این مطالعه تاثیر ماساژ بر روی خستگی بیماران را مورد بررسی قرار داده است که متفاوت با مطالعه ما می باشد همچنین در ابزار گردآوری داده ها نیز با مطالعه حاضر متفاوت است، این مطالعه در رابطه با اختلالات حسی و اثرات آن بر هدف مطالعه توضیح نداده است.

^۱ Effleurage Massage

^۲ PSQI=Pittsburgh Sleep Quality Index

در مطالعه ای دیگر لی و همکاران (۲۰۱۱) تأثیر ماساژ پا را بر کیفیت خواب ۶۰ نفر از مادران در دوران پس از زایمان در دو گروه مداخله و شاهد که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار دادند. ماساژ به مدت ۲۰ دقیقه بر روی پشت هر شب برای پنج شب متوالی انجام گرفت. که در آن از معادله برآورد تعمیم برای شاهد متغیرهای مخدوش کننده استفاده کردند. ابزار گردآوری داده ها شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ بود که قبل و بعد از مداخله داده ها جمع آوری شدند. تفاوت معنی داری در شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ در گروه ماساژ پشت نسبت به گروه شاهد وجود داشت ($P<0.001$ ، $SE=0.43$). نتایج مطالعه نشان داد که ماساژ پشت در دوران پس از زایمان، کیفیت خواب را به طور چشمگیری بهبود می بخشد (۵۲). مطالعه بر روی زنان باردار پس از زایمان انجام شده که دارای شرایط فیزیولوژیکی خاصی می باشند، ماساژ مورد استفاده بر روی پشت افراد انجام شده که نسبت به مطالعه حاضر متفاوت می باشد به این صورت که در مطالعه ما ماساژ پا بازتابی می باشد، همچنین در این روش ماساژ پشت ۵ روز متوالی صورت می گیرد که با مطالعه ما متفاوت می باشد.

با توجه به بررسی متون مختلف تاکنون مطالعات مختلفی در رابطه با تأثیر انواع ماساژ درمانی بر مشکلات مختلف بیماران از جمله خستگی، اضطراب، درد، اختلالات خوب و غیره صورت پذیرفته است اما نظر به این که تاکنون مطالعه ای در زمینه تأثیر ماساژ بازتابی پا به تنهایی بر بهبود کیفیت خواب بیماران همودیالیزی با مراجعه به منابع داخلی در دسترس پژوهشگر یافت نشده و با توجه به اینکه ماساژ درمانی یک روش غیر تهاجمی، آسان و کم هزینه می باشد که می تواند به عنوان یک مراقبت مستقل پرستاری و خانگی جهت بهبود کیفیت خواب بیماران همودیالیزی بستری در راستای کاهش اختلالات خواب و عوارض آن انجام گردد، لذا انجام پژوهشی با هدف بررسی تأثیر ماساژ بازتابی پاها بهبود کیفیت خواب بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بخش همودیالیز ضروری به نظر می رسد.

فصل سوم

روش پژوهش

۱-۳. نوع پژوهش:

این پژوهش یک مطالعه تجربی یک سو کور بود.

۲-۳. جامعه پژوهش:

جامعه مورد مطالعه شامل کلیه بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان بوعلی شهر قزوین بودند.

۳-۳. محیط پژوهش:

در این مطالعه جهت رفاه حال و آسایش بیماران همودیالیزی منزل بیماران به عنوان محیط پژوهش انتخاب شد.

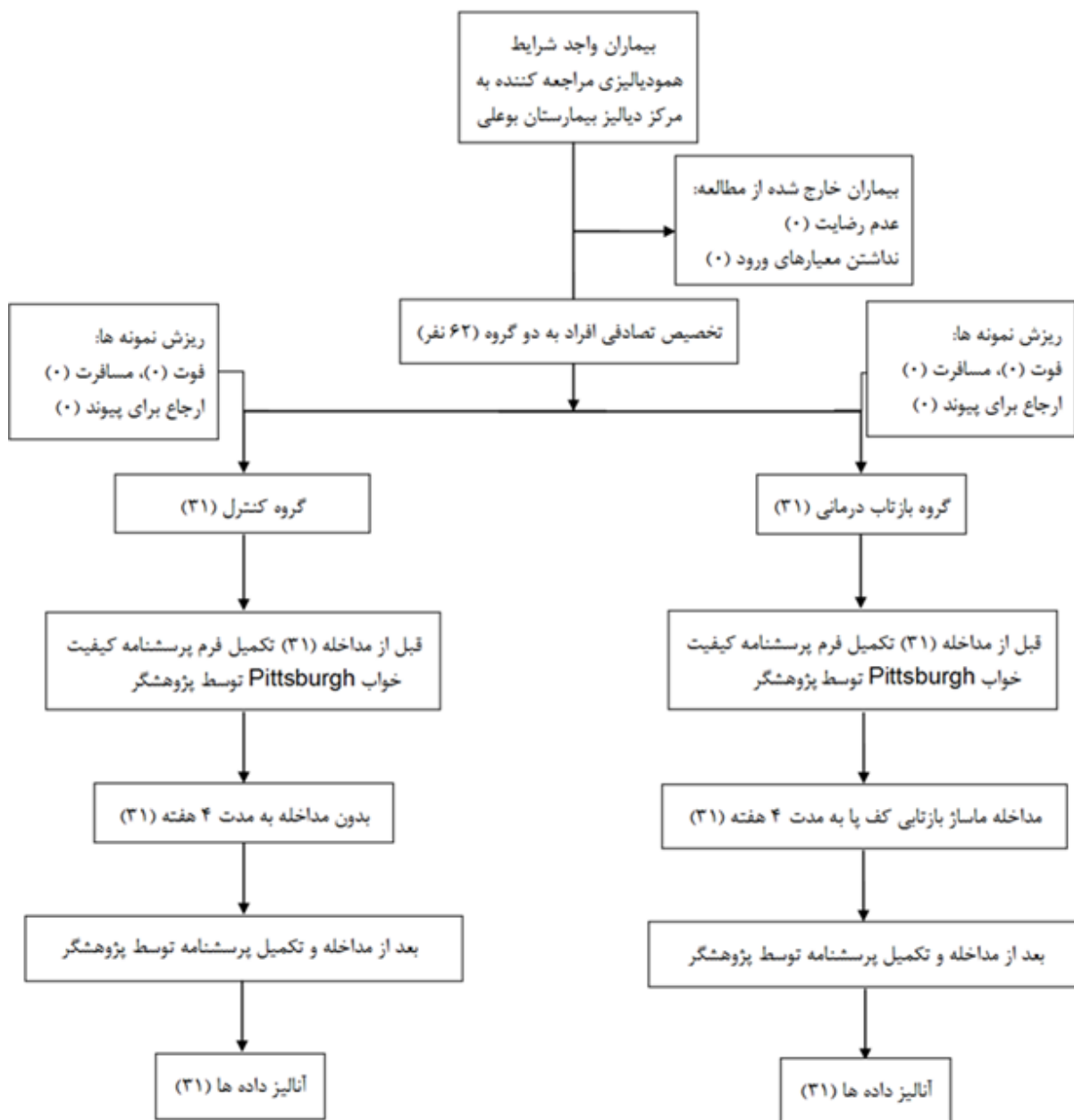
۴-۳. نمونه پژوهش:

نمونه های پژوهش شامل ۶۲ بیمار بود که در سال ۱۳۹۴ نمونه گیری شدند.

۵-۳. روش نمونه گیری:

ابتدا بیماران براساس روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و در صورتی که معیار های ورود به مطالعه را داشتند وارد مطالعه شدند. برای تعیین حجم نمونه مورد نیاز براساس مطالعات سیدرسولی و همکاران (۱۳۹۲) (۶۶) و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها که در ذیل آورده شده است و با احتساب خطای نوع اول $\alpha = 0.05$ ، $\beta = 0.15$ و $\sigma = 2$ ، حداقل نمونه لازم برای انجام مطالعه ۶۲ نفر برآورد شد که طی نمونه گیری به روش تصادفی و با استفاده از قرعه کشی به دو گروه ۳۱ نفری شاهد و آزمون تخصیص داده شدند. نحوه انتخاب نمونه ها و چگونگی تخصیص آن به دو گروه در شکل زیر آورده شده است.

شکل ۱-۳: فلودیگرام کانسورت برای انجام مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی شده



۳-۶. حجم نمونه:

با توجه به اینکه حجم جامعه معلوم می باشد (۲۷۹ نفر):

$$n = \frac{2 \times (z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$\mu_1 - \mu_2 = 1.4, \quad \sigma = 2, \quad z_{1-\alpha} = 1.645, \quad z_{1-\beta} = 1.04, \quad \beta = 0.15, \alpha = 0.05$$

$$n = 31$$

۳-۷. معیارهای ورود به مطالعه:

- داشتن اختلالات خواب براساس امتیاز پرسشنامه پیتزبورگ نمره کل خواب ۵ به بالا
- داشتن سواد خواندن و نوشتن و برقراری ارتباط کلامی
- داشتن تمایل جهت همکاری در مطالعه و امضاء فرم رضایت آگاهانه
- حداقل انجام دو جلسه دیالیز در هفته
- داشتن حداقل ۳ ماه سابقه دیالیز
- نداشتن سکتة های مغزی با فلج پا و اختلالات حسی
- نداشتن بیماری پوستی با درگیری پا
- نداشتن عفونت های حاد
- نداشتن اختلالات انعقاد خون (به دلیل احتمال ایجاد لخته و ترومبوآمبولی)
- نداشتن سابقه مصرف دارو ها و آرامبخش ها و همچنین نداشتن سابقه مشکلات روانشناختی
- نداشتن اعتیاد به سیگار و مواد مخدر
- عدم استفاده از سایر درمان های جانبی و مکمل

۳-۸. معیارهای خروج از مطالعه:

- عدم تمایل بیماران به ادامه همکاری در حین انجام مطالعه
- ارجاع جهت پیوند

۹-۳. ابزار گردآوری اطلاعات:

ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه دو قسمتی بود. در قسمت اول سوالاتی در خصوص اطلاعات جمعیت شناختی مانند سن، جنس، تحصیلات و سابقه همودیالیز بود و قسمت دوم از پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ^۱ تشکیل شده است که جهت اندازه گیری کیفیت خواب در افراد بزرگسال استفاده شد و بهترین ابزار برای اندازه گیری کیفیت خواب است. شاخص کیفیت خواب پیتز بورگ که توسط دانیل جی بای سی و همکارانش^۲ برای اندازه گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند، ساخته شده است (۷۱).

این مقیاس خودگزارشی، قلمروهای متعددی دارد که شامل کیفیت خواب ذهنی (C1)، تأخیر خواب (C2)، مدت خواب (C3)، کفایت عادات خواب (C4)، اختلال خواب (C5)، استفاده از داروهای خواب (C6) و اختلال عمل در طی روز (C7) می شود. تست بر اساس سوالات چند جوابی تنظیم شده اند، کوتاه بوده و به آسانی قابل فهم هستند (۷۲). پاسخ ها براساس مقیاس لیکرت از ۰ تا ۳ درجه بندی شده اند و دامنه نمرات از ۰ تا ۲۱ است (۷۳). هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین تر است که این حالت در مورد تک تک اجزاء و همچنین در مورد نمره کل صادق می باشد. طراحان مقیاس معتقدند که نمره بالاتر از ۵ (نقطه برش) به عنوان یک اختلال خواب قابل ملاحظه تلقی می شود (۷۴). پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و با آزمون مجدد بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (۵۲). همچنین، پایایی این ابزار در ایران توسط حسین آبادی و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شد (۲۶). در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از استادان دانشگاه علوم پزشکی قزوین بررسی (اعتبار محتوی) و پایایی آن با شرکت ۶۲ بیمار همودیالیزی و با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برآورد شد.

۱۰-۳. روش اجرا و طراحی تحقیق:

اطلاعات این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با شماره IRCT2015122125642N1 ثبت شد. بیماران طی نمونه گیری براساس معیارهای ورود به روش تصادفی و با استفاده از قرعه کشی به دو گروه ۳۱ نفری شاهد و آزمون تخصیص داده شدند. ابتدا اطلاعات زمینه ای بیماران در هر دو گروه شاهد و مداخله بررسی و ثبت شد. بیماران توجیه شدند که با توجه به این که در این مطالعه برای مشکل خواب آنها درمان غیر دارویی انجام دادیم لذا از آنها خواسته می شد که درمان دیگری را برای مشکل خواب خود استفاده نکنند و همچنین از انجام فعالیت هایی که بر خواب تاثیر می گذارد نظیر ورزش، یوگا در طی مطالعه خودداری نمایند.

^۱ PSQI=Pittsburgh Sleep Quality Index

^۲ Daniel J Buysse et al

در ابتدا پرسشنامه ها توسط هر دو گروه تکمیل شد. مداخله بازتاب درمانی توسط کمک پژوهشگر (مرد و زن) که دارای مدرک شرکت در کلاس های بازتاب درمانی بوده و پیش تر آموزش دیده در یکی از اتاق های مجهز به تخت، سرپوشیده و در منزل بیمار انجام گردید. در این بیماران، ماساژ درمانی سه روز در هفته بین دو جلسه همودیالیز (از ساعت ۶ تا ۸ شب) به مدت ۴ هفته مجموعاً ۱۲ جلسه به مدت ۳۰ دقیقه (هر پا ۱۵ دقیقه) انجام شد که ۵ دقیقه از ۱۵ دقیقه مربوط به ماساژ عمومی کف پا و ده دقیقه ماساژ مربوط به نقطه مربوط به غده پینه آل در قسمت خارجی انگشت شصت پا بود (۱۳، ۲۸، ۵۴، ۷۰). ماساژ با سرعت آرام، با ریتم منظم و با عمقی که در حد تحمل بیمار باشد انجام گرفت. ماساژ بیماران مرد توسط پرستار مرد و ماساژ بیماران زن توسط پرستار زن انجام گردید که ضریب توافق آنها قبلاً سنجیده شده بود (۹۴ درصد). ارزیابی کیفیت خواب اولیه در ابتدا، پس از هفته اول، دوم، سوم و ارزیابی کیفیت خواب نهایی پس از ۱۲ جلسه صورت گرفت.

۱۱-۳. تجزیه و تحلیل داده ها:

اطلاعات بدست آمده از بیماران وارد فرم ها شده و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ قرار گرفت و نمره کیفیت خواب با استفاده از شاخص های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی تعیین شد. برای بررسی توزیع متغیرهای زمینه ای در دو گروه در متغیرهای کیفی - اسمی مانند جنس از آزمون کای دو و در متغیرهای کمی پیوسته مانند سن از آزمون تی مستقل استفاده شد. به منظور مقایسه نمره کیفیت خواب قبل و هر هفته بعد از مداخله در هر گروه از آزمون اندازه گیری مکرر و در بین گروه از آزمون خطی عمومی^۱ استفاده شد. سطح معنی داری این آزمون ها $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

۱۲-۳. ملاحظات اخلاقی:

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین مطرح و مورد تایید قرار گرفت (کد IR.QUMS.REC.1394.240). پژوهشگر پس از دریافت معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین به واحدهای پژوهش معرفی مراجعه کرد.

- هدف از انجام پژوهش برای مسئولین بخش دیالیز توضیح داده شد.
- آگاهی لازم در مورد اهداف و کلیه جزئیات مربوط به تحقیق و اجازه تصمیم گیری برای شرکت در مطالعه به نمونه ها و همراهان قبل از نمونه گیری داده شد.

¹ General linear model

- برای نمونه ها درباره اختیار خروج از مطالعه در هر زمان اطلاع رسانی صورت گرفت.
- اطمینان کافی در مورد محرمانه بودن اطلاعات به کلیه نمونه های پژوهش داده شد.
- رضایت نامه کتبی آگاهانه و داوطلبانه از نمونه ها اخذ گردید
- اجرای برنامه مراقبتی هیچگونه عارضه ای برای نمونه ها نداشته و سلامت آنها را به مخاطره نمی اندازد و در این زمینه از سوی پزشک معالج نیز اطمینان خاطر به نمونه ها داده شد.
- هیچ یک از اعضای تیم پژوهش اجازه نداشتند نمونه ها را برای ادامه مشارکت در مطالعه مورد اجبار، تطمیع، اغوا، تهدید و یا تحت فشار قرار دهند.
- رعایت اصول اخلاقی در جمع آوری داده ها، تحلیل، و ارائه گزارش مبتنی بر نتایج واقعی انجام شد.
- تمامی هزینه های پژوهش توسط محقق پرداخت شد و بیمار هیچگونه هزینه ای را متقبل نگردید.
- تمامی چک لیست ها بدون نام بود و اطلاعات محرمانه تلقی شد.
- در استفاده از منابع علمی نهایت دقت در رعایت حقوق ادبی و حفظ امانت در برگرداندن مطالب به زبان فارسی با ذکر منبع صورت گرفت.

فصل چهارم

یافته ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعه تجربی بود و بر روی ۶۲ بیمار همودیالیزی مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان بوعلی استان قزوین انجام شد. نمونه گیری به روش در دسترس و سپس تخصیص تصادفی صورت گرفت. ۶۲ بیمار به دو گروه ۳۱ نفری شاهد و آزمون تخصیص داده شدند. تعداد بیماران مرد و زن مورد مطالعه به ترتیب (۵۹/۷) ۳۷ و (۴۰/۳) ۲۵ می باشند که از این تعداد (۶۱/۳) ۱۹ نفر مرد و (۳۸/۷) ۱۲ نفر زن در گروه شاهد، (۵۸) ۱۸ نفر مرد و (۴۲) ۱۳ نفر زن در گروه آزمون توزیع گشتند. میانگین سنی (سال) و انحراف معیار بیماران مورد مطالعه در گروه شاهد (۱۵/۰۶) ۵۵/۱۹ و در گروه آزمون (۱۳/۳۶) ۵۷/۸۷ بود. میانگین مدت زمان دیالیز (سال) و انحراف معیار در گروه شاهد (۲/۲۳) ۴/۴۸ و در گروه آزمون (۲/۴۳) ۵/۲۲ بود. مقایسه آماری آزمون کای دو نشان داد که بین تعداد بیماران از نظر جنسیت در دو گروه شاهد و آزمون تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P=0/128$) (جدول ۴-۱).

جدول ۴-۱ توزیع فراوانی جنسیت بیماران گروه شاهد و آزمون

جنس	مرد تعداد (درصد)	زن تعداد (درصد)	جمع کل تعداد (درصد)
شاهد	۱۹ (۶۱/۳)	۱۲ (۳۸/۷)	۳۱ (۱۰۰)
آزمون	۱۸ (۵۸)	۱۳ (۴۲)	۳۱ (۱۰۰)
کل	۳۷ (۵۹/۷)	۲۵ (۴۰/۳)	۶۲ (۱۰۰)
Chi-Square	۲/۳۲۳		
P	۰/۱۲۸		

مقایسه آماری آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معنی داری در میانگین سنی بیماران در دو گروه شاهد و آزمون وجود نداشت ($P=0/629$) (جدول ۴-۲).

جدول ۴-۲ مقایسه توزیع میانگین سنی بیماران گروه شاهد و آزمون

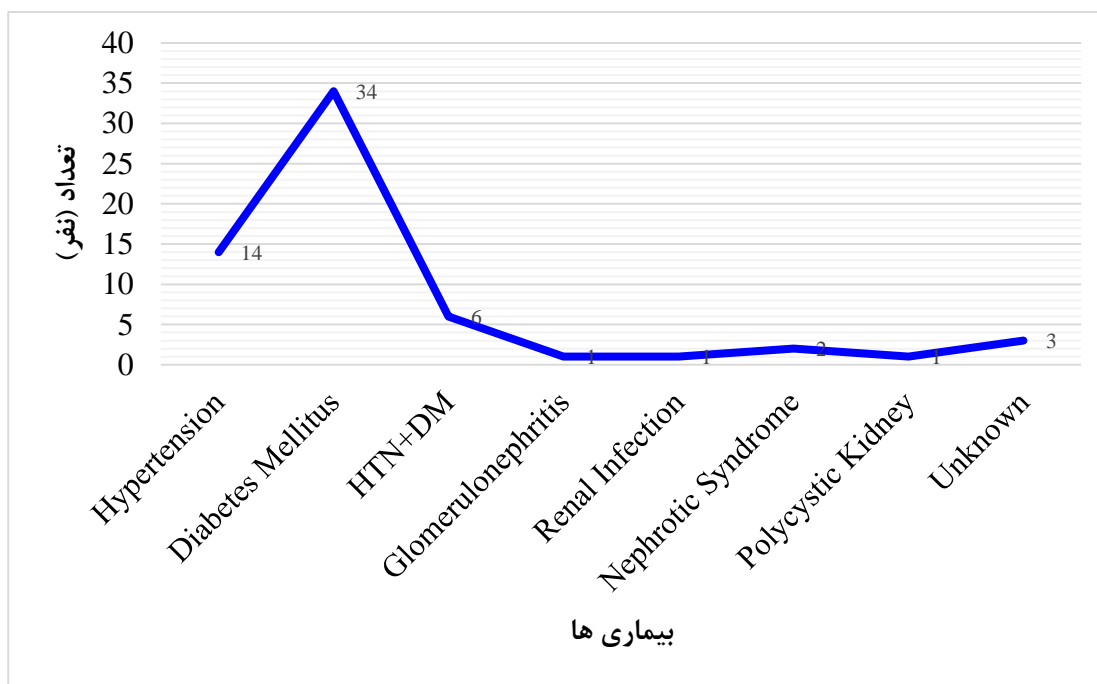
گروه ها	سن	میانگین (انحراف معیار)	t-test	P
شاهد		۵۵/۱۹ (۱۵/۰۶)	- ۰/۷۴۰	۰/۶۲۹
آزمون		۵۷/۸۷ (۱۳/۳۶)		

مقایسه آماری آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معنی داری در مدت زمان دیالیز بین دو گروه شاهد و آزمون وجود ندارد (P=۰/۳۶۹) (جدول ۴-۳).

جدول ۴-۳ مقایسه توزیع مدت زمان دیالیز بیماران گروه شاهد و آزمون

گروه ها	مدت زمان دیالیز (سال)	میانگین (انحراف معیار)	t-test	P
شاهد		۴/۴۸ (۲/۲۳)	- ۱/۲۵۱	۰/۳۶۹
آزمون		۵/۲۲ (۲/۴۳)		

نمودار ۴-۱ توزیع فراوانی سابقه بیماری زمینه ای بیماران مورد مطالعه



مقایسه آماری آزمون کای دو نشان داد که بین تعداد بیماران از نظر سواد در دو گروه شاهد و آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد ($P=0/002$) (جدول ۴-۴).

جدول ۴-۴ توزیع فراوانی تحصیلات بیماران گروه شاهد و آزمون

جنس	بی سواد تعداد (درصد)	با سواد تعداد (درصد)	جمع کل تعداد (درصد)
شاهد	۱۱ (۳۵/۵)	۲۰ (۶۴/۵)	۳۱ (۱۰۰)
آزمون	۸ (۲۵/۸)	۲۳ (۷۴/۲)	۳۱ (۱۰۰)
کل	۱۹ (۳۰/۶۴)	۴۳ (۶۹/۳۶)	۶۲ (۱۰۰)
Chi-Square	۹/۲۹۰		
P	۰/۰۰۲		

جدول ۵-۴. مقایسه نمره کل پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ در دو گروه شاهد و آزمون

زمان	قبل از مداخله	یک هفته بعد	دو هفته بعد از	سه هفته بعد	چهار هفته بعد	سطح معنی
متغیرهای مستقل	از مداخله	از مداخله	مداخله	از مداخله	از مداخله	داری
نمره کل کیفیت خواب در گروه آزمون	۱۳/۶۱ (۲/۰۲)	۱۲/۸۷ (۲/۰۱)	۱۰/۷۴ (۲/۲۰)	۱۰/۰۳ (۲/۲۷)	۹/۲۲ (۱/۹۰)	*./۰۰۱>
نمره کل کیفیت خواب در گروه شاهد	۱۳/۹۶ (۲/۳۷)	۱۴/۳۲ (۱/۶۲)	۱۴/۴۸ (۱/۴۱)	۱۴/۶۷ (۱/۶۸)	۱۴/۹۰ (۱/۴۶)	*./۰۰۹۶
سطح معنی داری	*./۵۲۹	*./۰۱>	*./۰۰۱>	*./۰۰۱>	*./۰۰۱>	

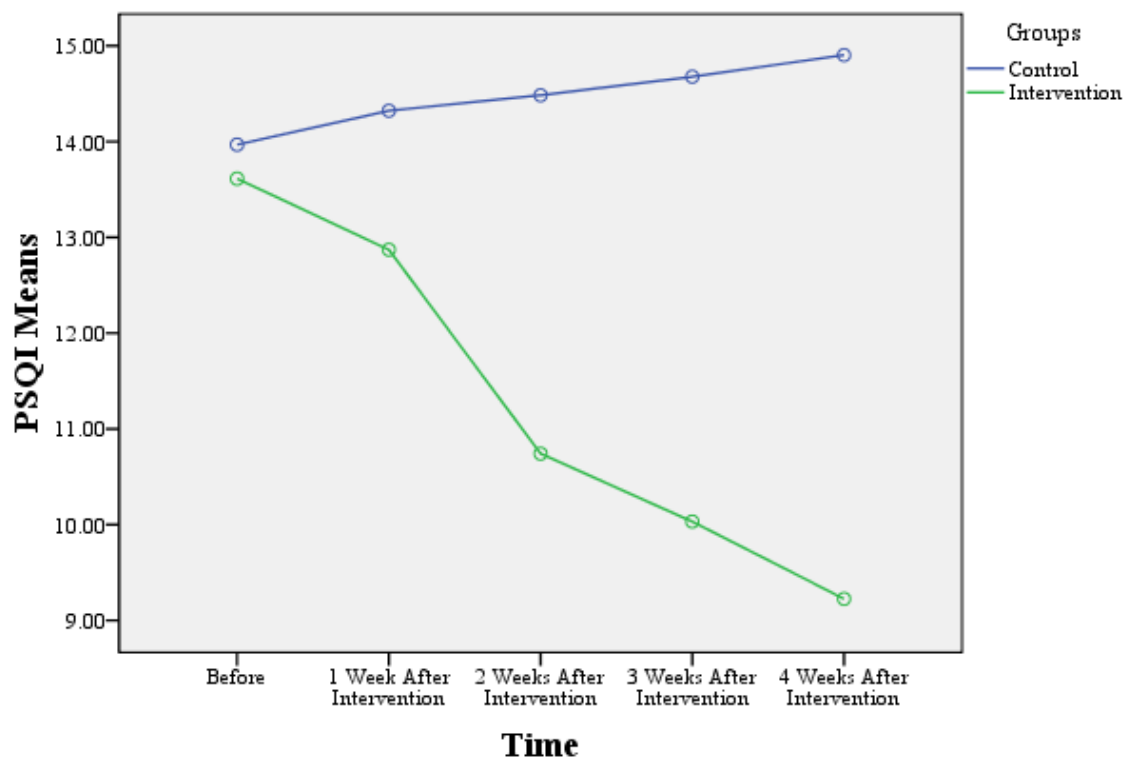
داده ها به صورت میانگین (انحراف معیار) نمایش داده شده اند.

* آزمون اندازه گیری مکرر

+ آزمون General Linear Model

با توجه به جدول ۴-۶، کاهش معنی داری در کیفیت خواب بیماران گروه آزمون در طول زمان مشاهده شد. آزمون اندازه گیری مکرر و General linear model بر اساس سن، جنس، تحصیلات و مدت زمان دیالیز تعدیل شده است. با توجه به نتایج جدول شماره ۶، پس از گذشت یک هفته از مداخله تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر کیفیت خواب وجود داشت ($P<0.01$). پس از گذشت ۲، ۳ و ۴ هفته از مداخله، افزایش معنی داری در کیفیت خواب گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد وجود داشت ($P<0.001$).

نمودار ۲-۴. روند کیفیت خواب در طول مطالعه در دو گروه شاهد و آزمون



فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱. بحث و تحلیل یافته ها:

مطالعات متعددی اثرات مطلوب ماساژ نواحی مختلف بدن را در کیفیت خواب بیماران و سالمندان مورد بررسی قرار داده اند (۱۳، ۴۵، ۶۶، ۶۹)، اما در این مطالعات به بررسی تاثیر ماساژ بازتابی پا بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی پرداخته نشده است. در این فصل علاوه بر ارائه نتایج مطالعه حاضر براساس اهداف تعیین شده، به بررسی و بحث یافته ها خواهیم پرداخت. سرانجام نتیجه گیری نهایی، کاربرد یافته های مطالعه و پیشنهاد ها برای پژوهش های بعدی ارائه می گردد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر ماساژ بازتابی کف پا بر روی کیفیت خواب بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان بوعلی سینای استان قزوین در سال ۹۴ انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که قبل از مداخله بیماران همودیالیزی در هر دو گروه شاهد و آزمون از میانگین نمرات کیفیت خواب قابل توجهی به نفع ابتلا به اختلالات خواب برخوردار بودند. همچنین در گروه شاهد پس از چهار هفته بعد از مداخله میانگین نمرات بیانگر روند پیشرونده اختلالات خواب در این گروه بود. در گروه آزمون پس از چهار هفته بعد از مداخله، میانگین نمرات کیفیت خواب بیماران همودیالیزی اخذ شده براساس شاخص های پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ نشان داد که ماساژ بازتابی پا بر روند کاهشی میانگین این نمرات تاثیر داشته است که این بیانگر بهبود کیفیت خواب در این بیماران در گروه آزمون می باشد. مقایسه میانگین نمره کل کیفیت خواب پرسشنامه پیتزبورگ در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری را نشان داد. به طور کلی تعداد ۶۲ نفر از بیماران همودیالیزی براساس معیارهای ورود به دو گروه شاهد و آزمون تقسیم شدند که در هر گروه ۳۱ بیمار قرار داشتند و به صورت قبل و بعد مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تعداد بیماران مرد و زن مورد مطالعه به ترتیب (۵۹/۷) ۳۷ و (۴۰/۳) ۲۵ می باشند که از این تعداد (۶۱/۳) ۱۹ نفر مرد و (۳۸/۷) ۱۲ نفر زن در گروه شاهد، (۵۸) ۱۸ نفر مرد و (۴۲) ۱۳ نفر زن در گروه آزمون توزیع گشتند. میانگین سنی (سال) و انحراف معیار بیماران مورد مطالعه در گروه شاهد (۱۵/۰۶) ۵۵/۱۹ و در گروه آزمون (۱۳/۳۶) ۵۷/۸۷ بود. میانگین مدت زمان دیالیز (سال) و انحراف معیار در گروه شاهد (۲/۲۳) ۴/۴۸ و در گروه آزمون (۲/۴۳) ۵/۲۲ بود.

در راستای پاسخگویی به هدف اول مطالعه: تعیین کیفیت خواب بیماران همودیالیزی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله.

میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلال خواب، داروهای خواب آور، اختلال عملکرد روزانه و نمره کل در بیماران قبل و بعد به ترتیب (۰/۵۴) ۲/۳۲ و (۰/۶۲) ۲/۵۱، (۰/۹۴) ۱/۹۰ و (۰/۷۴) ۲/۳۲، (۰/۲۴) ۲/۹۳ و (۰/۴۲) ۲/۸۷، (۰/۵۶) ۲/۵۱ و (۰/۵۶) ۲/۸۷، (۰/۶۵) ۱/۸۰ و (۰/۶۵) ۱/۶۷، (۰/۹۹) ۰/۴۱ و صفر، (۰/۸۵) ۲/۰۶ و (۰/۶۷) ۲/۴۱، (۲/۳۷) ۱۳/۹۶ و (۱/۶۸) ۱۴/۶۷ بودند. این نمرات نشان دهنده این مطلب

می باشد که بیماران همودیالیزی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله مبتلا به اختلالات خواب بوده اند و این روند ابتلا پیشرونده نیز بوده است. در مطالعه سید رسولی و همکاران (۱۳۹۲) تحت عنوان تاثیر بازتاب درمانی بر کیفیت خواب سالمندان، با توجه به تفاوت در جامعه آماری و انجام مطالعه بر روی سالمندان، نمرات فاکتورهای کیفیت خواب تقریباً شبیه به مطالعه حاضر و همسو با آنها بود (۶۶). در مطالعه عرب و همکاران (۱۳۹۰) تحت عنوان تأثیر طب فشاری بر کیفیت خواب بیماران تحت درمان با همودیالیز، نیز یافته ها نشان داد که نمره کل کیفیت خواب قبل از مداخله در گروه کنترل ۱۰/۹۴ و بعد از مداخله ۱۰/۷۴، که با یافته های مطالعه ما همخوانی داشت (۱۳). در مطالعه عرب و همکاران جامعه آماری مشابه با مطالعه ما بوده اما نوع مداخله طب فشاری می باشد که با مداخله در مطالعه ما کاملاً متفاوت می باشد. در مطالعه مرداسی و همکاران (۱۳۹۰) تحت عنوان تأثیر ماساژ پا بر اختلال خواب مادران در دوره پس از زایمان نیز با توجه به تفاوت در جامعه آماری، یافته ها نشان داد که قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل بیماران دارای اختلالات خواب بودند، که با نتایج مطالعه ما همسو بود (۶۸). در مطالعه لی و همکاران (۲۰۱۱) که تأثیر ماساژ پا را بر کیفیت خواب ۶۰ نفر از مادران در دوران پس از زایمان در دو گروه مداخله و شاهد مورد بررسی قرار دادند، نیز یافته ها نشان داد که میانگین کیفیت خواب در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله از میزان بالایی برخوردار است که با نتایج مطالعه ما نیز همسو می باشد (۵۲). در مطالعه ای دیگر که توسط ویسی رایگانی و همکاران (۱۳۹۲) تحت عنوان بررسی تاثیر ماساژ بازتابی کف پا بر اضطراب بیماران پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر انجام شد، یافته ها بیانگر وجود اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل بودند که با توجه به اینکه اضطراب بالا نیز باعث اختلال در خواب می گردد لذا می توان گفت که یافته های این مطالعه با یافته های مطالعه ما در این رابطه همسو و یکسان می باشد (۷۵). مطالعه ریگی و همکاران (۱۳۹۱) نیز که تحت عنوان تاثیر ماساژ بازتابی پا بر اضطراب بیماران تحت عمل بای پس عروق کرونر انجام شد، نشان داد که بیماران در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله از اضطراب بالایی برخوردار بودند و از آن جهت که اضطراب بالا باعث کاهش کیفیت خواب می گردد می توان گفت که این یافته با نتایج مطالعه ما همسو بود (۷۶).

در راستای پاسخگویی به هدف دوم مطالعه: تعیین کیفیت خواب بیماران همودیالیزی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله.

میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلال خواب، داروهای خواب آور، اختلال عملکرد روزانه و نمره کل در بیماران قبل از مداخله به ترتیب (۰/۵۸) ۲/۲۹، (۰/۷۰) ۱/۹۶، (۰/۳۴) ۲/۸۷، (۰/۶۱) ۲/۷۷، (۰/۶۲) ۱/۵۸، صفر، (۰/۸۰) ۲/۱۲ و (۲/۰۲) ۱۳/۶۱ بودند. در مطالعه الهه سید رسولی نیز یافته ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت خواب در گروه آزمون قبل از مداخله (۵/۲۷) ۶/۰۸ می باشد که بیانگر

وجود اختلالات خواب در بیماران می باشد (۶۷). در مطالعه لی و همکاران یافته ها حاکی از وجود اختلالات خوب در گروه مداخله قبل از مداخله بود (۵۲) که با یافته های مطالعه ما همسو بود. مطالعه عرب و همکاران نیز نشان داده شد که قبل از مداخله در گروه آزمون اختلالات خواب وجود داشت (۱۳) که از این نظر نیز با مطالعه ما همخوانی داشت.

میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلال خواب، داروهای خواب آور، اختلال عملکرد روزانه و نمره کل در بیماران یک هفته بعد از مداخله به ترتیب (۰/۴۲) (۲/۲۲)، (۰/۶۷) (۲/۴۵)، (۰/۵۶) (۲/۵۴)، (۰/۵۲) (۲/۷۰)، (۰/۷۱) (۱/۴۱)، صفر، (۰/۸۸) (۱/۵۱) و (۲/۰۱) (۱۲/۸۷) بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلال خواب، داروهای خواب آور، اختلال عملکرد روزانه و نمره کل در بیماران دو هفته بعد از مداخله به ترتیب (۰/۴۴) (۲/۰۶)، (۰/۶۰) (۱/۹۶)، (۰/۷۶) (۲/۴۵)، (۰/۹۰) (۱/۱۶)، صفر، (۰/۹۰) (۱/۰۹) و (۲/۲۰) (۱۰/۷۴) بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلال خواب، داروهای خواب آور، اختلال عملکرد روزانه و نمره کل در بیماران سه هفته بعد از مداخله به ترتیب (۰/۵۹) (۱/۶۷)، (۰/۷۳) (۲/۰۴)، (۰/۴۴) (۲/۰۳)، (۰/۸۰) (۲/۳۸)، (۰/۶۲) (۱/۰۶)، صفر، (۰/۸۳) (۰/۹۰) و (۲/۲۷) (۱۰/۰۳) بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلال خواب، داروهای خواب آور، اختلال عملکرد روزانه و نمره کل در بیماران چهار هفته بعد از مداخله به ترتیب (۰/۵۰) (۱/۵۴)، (۰/۸۰) (۱/۸۷)، (۰/۴۴) (۱/۹۳)، (۰/۸۰) (۲/۱۲)، (۰/۵۷) (۱/۰۵)، (۰/۱۷) (۰/۰۳)، (۰/۶۹) (۰/۷۰) و (۱/۹۰) (۹/۲۲) بودند. با این که در مطالعه سید رسولی کیفیت خواب به مدت ۶ هفته اندازه گیری شده بود اما نمرات کیفیت خواب به تفکیک هفته ها ارائه نشده بود، لذا امکان مقایسه به صورت هفته ای وجود نداشت، اما به طور کلی نمرات کیفیت خواب بعد از مداخله با نتایج مطالعه ما همسو بود (۶۶). در مطالعه عرب و همکاران نیز یافته ها نشان داد که طب فشاری و ماساژ نقاط کاذب میج دست ها پس از چهار هفته مداخله باعث بهبودی در کیفیت خواب شد که با نتایج مطالعه ما همسو بود (۱۳). در مطالعه لی و همکاران نیز ماساژ پشت در پنج شب متوالی صورت گرفت در حالی که در مطالعه ما در طول ۴ هفته مداخله انجام شد، اما با این حال پس از پنج شب متوالی در مطالعه لی به این نتیجه رسیدند که گروه مداخله نسبت به گروه کنترل از تفاوت معنی داری در افزایش کیفیت خواب برخوردار است (۵۲) که این یافته به طور کلی با مطالعه ما همخوانی داشت و در یک جهت بود.

در راستای پاسخگویی به هدف سوم مطالعه: مقایسه کیفیت خواب بیماران همودیالیزی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون.

با توجه به یافته ها، پس از گذشت یک هفته از مداخله تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر کیفیت خواب وجود داشت ($P < 0.01$). همچنین پس از گذشت ۲، ۳ و ۴ هفته از مداخله، افزایش معنی داری در کیفیت خواب گروه آزمون در مقایسه با

گروه شاهد وجود داشت ($P < 0.001$). مطالعه کارآزمایی بالینی سید رسولی و همکاران (۱۳۹۳) با هدف بررسی تاثیر بازتاب درمانی را بر کیفیت خواب سالمندان در تبریز انجام گرفت؛ از نظر حجم نمونه، بیماران مورد مطالعه (سالمندان)، زمان انجام ماساژ (صبح ها)، مدت زمان ماساژ (به مدت ۶ هفته، هر هفته یک بار به مدت ۱۰ دقیقه) با مطالعه حاضر تفاوت دارد (۶۶). مطالعه کارآزمایی بالینی توقیری و همکاران (۱۳۹۰) با هدف بررسی تاثیر بازتاب درمانی بر روی گر گرفتگی و اختلالات خواب زنان یائسه در ایران انجام شد؛ از نظر حجم نمونه، گروه سنی شرکت کنندگان جنسیت با مطالعه حاضر تفاوت دارد (۶۹). مطالعه کارآزمایی بالینی مرداسی و همکاران (۱۳۹۰) با هدف بررسی تاثیر ماساژ پا بر اختلال خواب مادران در دوره پس از زایمان در خرمشهر انجام شد. ۶۰ نفر از نمونه ها به صورت مساوی در دو گروه شاهد و مداخله قرار گرفتند. افراد گروه مداخله هر روز به مدت ۳۰ دقیقه در طول ۵ روز متوالی ماساژ پا دریافت کردند (۶۸). مطالعه کارآزمایی بالینی توسط لی و همکاران (۲۰۱۱) با هدف بررسی تاثیر ماساژ پا بر کیفیت خواب ۶۰ نفر از مادران در دوران پس از زایمان در تایوان انجام گرفت. این مطالعه در دو گروه شاهد و مداخله انجام شده و افراد گروه مداخله به مدت ۵ روز هر روز در یک ساعت مشخص هنگام عصر ۱۵ دقیقه ماساژ برای هر دو پا دریافت می کردند که در مجموع ۳۰ دقیقه ماساژ برای هر جلسه را شامل می شد (۵۲). نتایج هر چهار مطالعه نشان داد که بازتاب درمانی باعث ارتقا کیفیت خواب می شود. علی رغم وجود تفاوت در روش اجرای مداخله مطالعه حاضر با مطالعات ذکر شده، نتایج آنها با مطالعه حاضر مشابه بوده و این بیانگر عدم ارتباط عواملی چون زمان ماساژ، طول مدت ماساژ و مدت زمان ماساژ بر نتایج نمی باشد. در مطالعه کارآزمایی بالینی دیگری که توسط بحرینی و همکاران (۱۳۸۹) با هدف بررسی تاثیر ماساژ بر کیفیت خواب زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس در شهر اصفهان انجام شد (۷۰). نتایج این مطالعه نیز نشان داد که ماساژ باعث بهبود کیفیت خواب بیماران شد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه دیگری که به صورت مروری و متآنالیز با هدف بررسی تاثیر ماساژ بازتابی کف پا بر خستگی، خواب و درد در گوانجو چین توسط لی و همکاران (۲۰۱۱) انجام شد، نشان داد که ماساژ بازتابی پا یک مداخله مفید پرستاری جهت تسکین خستگی و ارتقاء خواب است، این پژوهش، مطالعه جامع بر روی مقالاتی بوده که تاثیر ماساژ بازتاب شناسی را به طور کلی و بدون در نظر گرفتن عوامل تاثیر گذار بر اختلالات خواب و همچنین در بیماران مختلف به غیر از بیماران دیالیزی مورد بررسی قرار داده اند، اما به طور کلی نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۶۷). مطالعه مروری سیستمیک یونگ و همکاران (۲۰۱۲) با هدف بررسی تاثیر بازتاب درمانی بر کیفیت خواب انجام شد (۷۷). نتایج مطالعه نشان داد که مداخله بازتاب درمانی به عنوان یک مداخله ایمن و موثر بر بی خوابی بوده است، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. همچنین سونگ و کیم (۲۰۰۶) در مطالعه خود مشاهده کردند که بازتاب درمانی باعث بهبود کیفیت خواب سالمندان شده است (۴۵).

در راستای پاسخگویی به هدف چهارم مطالعه: مقایسه کیفیت خواب بیماران همودیالیزی در گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله.

یافته ها نشان داد که تمامی اجزاء پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ یک هفته، دو هفته، سه هفته و چهار هفته بعد از مداخله در گروه باتاب درمانی نسبت به گروه شاهد بعد دارای کاهش معنی داری می باشد و این بیانگر افزایش کیفیت خواب در گروه آزمون می باشد. یافته های این مطالعه همسو با نتایج مطالعه دیگری است که در رابطه با تاثیر ماساژ بازتابی کف پا بر کیفیت خواب سالمندان انجام شده است (۶۶). همچنین سونگ و کیم (۲۰۰۶) در مطالعه خود مشاهده کردند که بازتاب درمانی باعث بهبود کیفیت خواب سالمندان شده است (۴۵) که با نتایج مطالعه ما همسو می باشد. فیلد و همکاران (۲۰۰۷) تاثیر ماساژ درمانی بر کمردرد و اختلالات خواب را در دو گروه ماساژ و آرام سازی مورد مقایسه قرار دادند. دو جلسه ماساژ ۳۰ دقیقه ای در هفته به مدت ۵ هفته با استفاده از روغن بدن انجام شد و ماساژ پشت تا زانو در وضعیت خوابیده روی شکم و سپس ماساژ گردن، شکم، تنه، ران و زانو در وضعیت خوابیده به پشت انجام شد. نتایج نشان داد، میزان درد کمر و اختلالات خواب در بیماران تحت ماساژ درمانی نسبت به گروه آرام سازی، به میزان قابل توجهی کاهش یافته است (۷۸). یافته های حاصل از مطالعه ایمانی و همکاران (۱۳۸۸) هم که به صورت یک گروهی انجام شد نشان داد که، نمره پرسش نامه پیتزبورگ در گروه آزمون، به طور معنی داری کاهش یافته و ماساژ ۱۰ دقیقه ای پاها سبب بهبود کیفیت خواب در بیماران همودیالیزی شد. یافته های مطالعه این افراد نشان داد که مدت زمانی که طول می کشد تا فرد به خواب برود یا پس از بیدار شدن از خواب، مجدداً بخوابد، در شب های پس از مداخله به طور معنی داری کاهش می یابد (۷۹). مطالعات مذکور نیز با توجه به این که در برخی از فاکتورهای روش مداخله با مطالعه حاضر تفاوت داشتند، اما نتایج آنها مشابه نتایج مطالعه حاضر بود.

۲-۵. نتیجه گیری نهایی:

به طور کل تمامی یافته های این مطالعه در جهت تایید فرضیه های این مطالعه و بیانگر تاثیر مثبت ماساژ بازتابی پا بر ارتقا کیفیت خواب در بیماران همودیالیزی و همچنین افزایش مدت زمان خواب در آنها بود. در مطالعه حاضر، طی ۴ هفته مداخله و بررسی بر روی تمامی فاکتورهای خواب در بیماران همودیالیزی، کاهش امتیاز مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ نشان دهنده این امر می باشد. لذا با طراحی و اجرا مطالعات دیگر می توان از ماساژ بازتابی پا به عنوان یک مداخله با ویژگی هایی چون ارزان بودن، سادگی اجرا و عدم وجود عارضه جانبی در جهت کنترل و درمان اختلالات خواب بیماران همودیالیزی استفاده نمود.

۳-۵. محدودیت ها:

از محدودیت های این مطالعه می توان به میسر نبودن انجام ماساژ پا توسط یک پژوهشگر برای هر دو جنس به دلیل جامعه اسلامی کشور ایران اشاره نمود، از طرف دیگر وجود دو پژوهشگر مرد و زن جهت انجام ماساژ ممکن است باعث ایجاد اختلال در نتیجه مطالعه گردد، لذا سعی بر آن شد تا این دو پژوهشگر تا جایی که ممکن است با یکدیگر توافق داشته باشند؛ ضریب توافق آنها نیز قبل از انجام مداخله ۹۴ درصد سنجیده شد.

همچنین می توان به مکان و ساعات انجام مداخله اشاره کرد به این صورت که بیماران تمایلی به انجام ماساژ در مرکز دیالیز نداشتند و به همین دلیل مکان ماساژ به منزل بیماران تغییر یافت.

۴-۵. کاربرد پژوهش در پرستاری بالینی:

با توجه به این که اختلالات خواب از جمله مهمترین شکایات بیماران همودیالیزی می باشد و از طرفی عوارض اختلالات خواب در زندگی روزمره این بیماران تاثیر مستقیمی دارد و باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و در نتیجه افزایش اضطراب و استرس آنان می شود، لذا اولین خط درمان جهت اختلالات خواب انتخاب دارودرمانی از سوی بیماران می باشد. از طرفی دیگر عوارض داروهایی که جهت درمان اختلالات خواب استفاده می شوند بسیار فراوان تر از مزیت های آنان می باشند و مشکلات این بیماران را نیز نه تنها رفع نمی کنند بلکه باعث دو چندان شدن مشکلات آنان نیز می گردند. اینجاست که نقش پرستار اهمیت پیدا می کند. امید است استفاده از نتایج این مطالعه بتواند در ارتقاء سطح آگاهی و نگرش پرستاران و سایر پرسنل بهداشتی و خانواده های بیماران همودیالیزی موثر بوده و بتواند به عنوان راهنمایی برای دست اندرکاران، سیاست گذاران، مدیران و برنامه ریزان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای ارائه تدابیر و برنامه های خاص مراقبتی برای این دسته از بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

۵-۵. کاربرد پژوهش در آموزش پرستاری:

بیشتر بیماران همودیالیز تصور می کنند که تمامی اختلالات و عوارضی که برای آنان در طول زندگی به وجود می آید راه حلی دارویی دارد و یا نیاز دارند تا یک پرستار و یا پزشک آنان را تحت دارو درمانی قرار دهد تا بتوانند هر چه زودتر از اختلال بوجود آمده رهایی یابند. خانواده بیماران نیز تصورشان بر این است که تنها باید از پزشکان، پرستاران و پرسنل بهداشت تقاضای حل مشکلات، اختلالات و عوارض به وجود آمده برای بیمارشان را داشت. در حالی که راه حل بیشتر این اختلالات به شناخت خانواده بیماران از نیازهای روانی و جسمی بیمارانشان ارتباط پیدا می کند. اختلالات خواب یکی از مهمترین عوارضی است که در این بیماران مشاهده می شود امید است تا نتایج این مطالعه بتواند مدیران حوزه سلامت را مجاب نماید تا به ترغیب هر چه بیشتر خانواده های بیماران در جهت شناخت نیازهای روانی و جسمانی بیماران، توجه بیشتری داشته باشند و حداقل ساعاتی از واحد های درسی را به نیازهای روانی و جسمانی بیماران و ارتقاء آنان تخصیص دهند.

۵-۶. کاربرد پژوهش در مدیریت پرستاری:

مسئولان و مدیران پرستاری کشور در سطوح مختلف، می توانند نتایج این مطالعه را به عنوان قدمی در مسیر سیاستگذاری برای ارائه خدمات مناسب مورد استفاده قرار دهند. ارائه دهندگان خدمات مراقبت های بهداشتی از جمله پرستارها، می توانند با استفاده از نتایج چنین مطالعاتی، به منظور ارائه خدمات بهتر و رفع نیازهای مربوط به بیماران استفاده کنند.

۵-۷. پیشنهادها برای پژوهش های آینده:

۱. ارزیابی کیفیت خواب بیماران همودیالیزی پس از آموزش ماساژ بازتابی پا به افراد خانواده بیماران
۲. پژوهش با نمونه های بیشتری انجام شود
۳. مقایسه میزان تاثیر ماساژ بازتابی پا بر کیفیت خواب در بیماران زن با مرد

۸-۵. تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت های ویژه نویسنده اول در دانشگاه علوم پزشکی قزوین است. از معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قزوین که هزینه های اجرای طرح را تأمین نمودند تشکر می نمایم. علاوه بر این نویسندگان از تمامی مسئولان و مدیران بخش همودیالیز بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین و همچنین بیماران و خانواده های آنان کمال قدردانی و تشکر را دارند.

منابع

References:

1. Kasper D, Fauci A, Braunwald E, Loscalzo J, Hauser S, Longo D, et al. Harrison's Principle of Internal Medicine-Kidney. 2nd ed. Tehran Andisheh Rafi; 2009.
2. Brunner LS, Smeltzer SCOC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing. 12 ed: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
3. AC FMC. ESRD Patients in 2011 A Global Perspective 2012.
4. Collins A, Foley R, Gilbertson D. The State of Chronic Kidney Disease, ESRD, and Morbidity and Mortality in the First Year of Dialysis. Clin J Am Soc Nephrol. 2009;4:5-11.
5. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A. Comparison of anxiety, depression and stress among hemodialysis and kidney transplantation patients. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2010;2.۶-۱۵۳:(۴)
6. Jomhori islami. akhbar dakheli. 2014:1-16.
7. Chow J, Rayment G, Gilbert M. Randomized controlled trial protocol on buttonhole cannulation: a technique to reduce arteriovenous fistula access complications. Hong Kong Journal of Nephrology. 20.۹-۱۰۵:(۳)۱۲;۱۰
8. Davison S. Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity, and management. American Journal of Kidney Diseases. 2003;42(6):1239-47.
9. Fatemeh N, Fatemeh G, Tayebbeh P. Evaluation of depression and anxiety in hemodialysis patients. Med J Mashad Univ Med Sci. 2008;3(51):171-6.
10. Navidian A, Arbabi SA, Kikhai A. Frequency of mental disturbances in hemodialysis patients referred to hemodialysis ward of Khatamol Anbia Hospital in Zahedan. J Med Gilan Univ Sci. 2006;58(15):61-7.
11. Paparrigopoulos T, Theleritis C, Tzavara C. Sleep disturbance in haemodialysis patients is closely related to depression. General Hospital Psychiatry. 2009;31:175-7.
12. Salehi M, Noormohammadi SA. Prevalence of depression in hemodialysis patients of Shahid Hashemi Nejad hospital. Iranian J Psychiatr Clin Psychol. 2003;3(8):20-5.
13. Arab Z, Shariati A, Bahrami H, Asayesh H, Vakili M. The Effect of Acupressure on Quality of Sleep in Hemodialysis Patients. Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences. 2012;10(2):237-45.
14. Sarris J, Byrne GJ. A systematic review of insomnia and complementary medicine. Sleep medicine reviews. 2011;15(2):99-106.
15. Bahramnezhad F, Zolfaghari M, Farokhnezhad A. The effect of moderating nursing care practices on sleep of patients admitted to coronary care unit. Medical Surgical Nursing Journal. 2014;2(3):106-1.
16. Daniels R, Grendell RN, Wilkins FR. Nursing Fundamentals: Caring & Clinical Decision Making: Delmar Cengage Learning; 2010.
17. Baraz S, Mohammadi E, Broomand B. Relationship of sleep quality, quality of life and blood factors in perservative hemodialysis patients. J Shahrekord Med Sci Univ. 2007;9(4):67-74.
18. Drake C, Roehrs T, Roth T. Insomnia causes, consequences and therapeutics :an overview Depression and anxiety. 2003;18:163-76.
19. Saeedi M, Ashktorab T, Saatchi K, Zoyeri F, Amir AS. The effect of progressive Muscle Relaxation on sleep quality of patients undergoing hemodialysis. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2012.۸-۲۳:(۱)۵;
20. Cherniack E, Ceron-Fuentes J, Florez H, Sandals L, Rodriguez O, Palacios JC. Influence of race and ethnicity on alternative medicine as a self-treatment preference for common

- medical conditions in a population of multi-ethnic urban elderly .Complementary Therapies in Clinical Practice. 2008;14(2):116-23.
21. Guilleminault CF, Silvestri R. Aging, drugs and sleep. *Neurobiology of Aging*. 1982;3(4):379-86.
 22. Diamond B. Complementary medicine. *Nursing Times*. 2006.
 23. Chan MF, Chan EF, Mok E .Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomised controlled trial. *Complementary therapies in medicine*. 2010;18(3-4):150-9.
 24. Kirsoglu C, Guilleminault C. Twenty minutes versus forty-five minutes morning bright light treatment on sleep onset insomnia in elderly subjects. *Journal of psychosomatic research*. 2004;56(5):537-42.
 25. Guimaraes LH, Yanaguibashi G, Do Prado GF. Physically active elderly women sleep more and better than sedentary women. *Sleep medicine*. 2008;9(5):437-44.
 26. Hosseinabadi R, Noroozi K, Poorismaili Z, Karimloo M, Maddah S. Assessment the effect of massage on sleep quality of elders. *Quarterly Journal of Rehabilitation*. 2007;9(2):8-14.
 27. Sedighi J, Maftoon F, Moshrefi M. Complementary and alternative medicine (CAM): knowledge, attitude and practice in Tehran. *Payesh Journal*. 2004;3(4):279-89.
 28. Hughes CM, Smyth SF, Lowe-Strong AS. Reflexology for the treatment of pain in people with multiple sclerosis: a double-blind randomised sham-controlled clinical trial. *Multiple Sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*. 2009;15(11):1329-38.
 29. Golchin M. Massage therapy. *Pain*. 2005;2(11):20-1.
 30. Wise R. Massage therapy. Tehran: Shahrab; 2008.
 31. Mackey BT. Massage therapy and reflexology awareness .*The Nursing clinics of North America*. 2001;36(1):159-70.
 32. Jones J, Thomson PF, Lauder WF, Leslie SJ. Reported treatment strategies for reflexology in cardiac patients and inconsistencies in the location of the heart reflex point: an online survey. *Complementary therapies in clinical practice*. 2012;18(3):145-50.
 33. Jones J, Thomson PF, Lauder W, Howie KF, Leslie SJ. Reflexology has an acute (immediate) haemodynamic effect in healthy volunteers: a double-blind randomised controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*. 2012;18(4):204-11.
 34. Jones J, Thomson PF, Irvine K, Irvine KF, Leslie SJ. Is there a specific hemodynamic effect in reflexology? A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, NY)*. 2013;19(4):319-28.
 35. Authority Tnl. Reflexology Ilo 2012 Available from: <http://www.reflexology-usa.net/branches.htm>.
 36. Wang MY, Tsai P, Lee P, Chang W, Yang CM. The efficacy of reflexology: systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(5):512-20.
 37. Mokhtari N, Sadeghi S, Haji Amini Z, Javadinasab M. Effect of foot reflexology massage and Bensone relaxation on anxiety. *Journal of Behavioral Sciences*. 2009;3(2):21-2.
 38. Navidi A. Methods of New traditional medicine. Tehran: Tabib Publication; 2002.
 39. Peters D, Woodham A. Integrative Medicine. 1 ed: D. Kindersley Pub.; 2000.
 40. Frankie A. The complete idols guide to reflexology. 1 ed. New York: Kathy nebenhaus co; 2010.
 41. Ghanbari Z. Comparing of foot reflexology and Benson relaxation on pain and anxiety Baghiatallah University of Medical Sciences. 2004.

42. Quattrin R, Zanini A, Buchini S, Turello D, Annunziata M, Vidotti C, et al. Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: methodology and outcomes. *Journal of nursing management*. 2006;14(2):96-105.
43. Park HS, Cho GY. Effects of foot reflexology on essential hypertension patients. *Taehan Kanho Hakhoe chi*. 2004;34(5):739-50.
44. Surawit S. Effect of foot reflexology on blood sugar level of patients with type 2 diabetes. *Journal of Health Science*. 2011;20(2):323-31.
45. Song RH, Kim DH. The effects of foot reflexion massage on sleep disturbance, depression disorder, and the physiological index of the elderly. *Taehan Kanho Hakhoe chi*. 2006;36(1):15-24.
46. Poole H, Glenn S, Murphy P. A randomised controlled study of reflexology for the management of chronic low back pain. *European journal of pain (London, England)*. 2007;11(8):878-87.
47. Brygge T, Heinig J, Collins P, Ronborg S, Gehrchen P, Hilden J, et al. Reflexology and bronchial asthma. *Respiratory medicine*. 2001;95(3):173-9.
48. Alessi CA, Schnelle JF. Approach to sleep disorders in the nursing home setting. Review Article. *Sleep medicine reviews*. 2000;4(1):45-56.
49. Lee YM. Effect of self-foot reflexology massage on depression, stress responses and immune functions of middle aged women. *Taehan Kanho Hakhoe chi*. 2006;36(1):179-88.
50. Stephenson NL, Swanson M, Dalton J, Keefe F, Engelke M. Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. *Oncology nursing forum*. 2007;34(1):127-32.
51. Padial E, Lopez N, Bujaldon J, Villanueva I, Reyes delPaso G. Cardiovascular effects of reflexology in healthy individuals: evidence for a specific increase in blood pressure. *Alternative Medicine Studies*. 2012;2(1):10-7.
52. Lee CY, Chen SF, Li CF, Gau MF, Huang CM. Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. *Elsevier*. 2011;27(2):181-6.
53. Mehrnoosh K, Atefeh G, Mohammadreza Y, Ehsan K, Parvaneh R. Survey the effect of foot reflexology on pain and physiological parameters after cesarean section in patients referring to Alzahra Educational Center in Rasht. *Guilan University of Medical Sciences Journal*. 2010;20(2):27-33.
54. Jasvir K, Sukhpal K, Neerja B. Effect of foot massage and reflexology on physiological parameters of critically ill patients. *Nurs Midwif Res*. 2012;8(3):223-33.
55. Elisabeth R, Nieves T, Javier Isabel E, Gustavo A. Cardiovascular effects of reflexology in healthy individuals: evidence for a specific increase in blood pressure. *Alternative Med Studies*. 2012;2(1):10-7.
56. Moeini M, Kahangi LS, Valiani M, Heshmat R. The effect of reflexotherapy on patients' vital signs before coronary artery bypass graft surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2011;16(1):8-12.
57. Steenkamp E, Scrooby B, Van Der Walt C. Facilitating nurses' knowledge of the utilisation of reflexology in adults with chronic diseases to enable informed health education during comprehensive nursing care. *Health SA Gesondheid*. 2012;17(1):1-12.
58. Pendse S, Singh A, Zawada E. Initiation of Dialysis. In: *Handbook of Dialysis*. 4th ed. New York: NY. ۲۰۰۸ ;

59. Dement W, Kleitman N. Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility and dreaming. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1957;9 (4):673–90.
60. Ernst E. Is reflexology an effective intervention? A systematic review of randomised controlled trials. *Med J Aust* 2009;191 (5):263–6.
61. Ernst E, Posadzki P, Lee M. Reflexology: an update of a systematic review of randomised clinical trials. *Maturitas* 2011;68 (2):116-20.
62. Robert W. Atlas of Diseases of the Kidney, Principles of Dialysis: Diffusion, Convection, and Dialysis Machines 2011.
63. Ahmad S, Misra M, Hoenich N, Daugirdas J. Hemodialysis Apparatus. In: Handbook of Dialysis. 4th ed. New York: NY; 2008.
64. Farhadi A, Azimi H. Study of patterns and subjective quality of sleep and their correlation with personality traits among Medical students of Hamadan university of Medical sciences. *Science Journal of Hamadan University of Medical Sciences*. 2008;1(15):5-11.
65. Thorpy M. "PARASOMNIACS" The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. Rochester: American Sleep Disorders Association; 1990.
66. Seyyedrasooli A, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Gasemi O, Nasiri J. The effect of reflexology on sleep quality of elderly: A single-blind clinical trial. *Medical Surgical Nursing Journal*. 2013;2(1):18-1.
67. Lee J, Han MF, Chung YF, Kim JF, Choi J. Effects of foot reflexology on fatigue, sleep and pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;23(4):611-621.
68. Mordasi F, Taddaion M, Najja S, Haghighizadeh M. The Effect of Foot Massage on Sleep Disorders among Mothers in Postpartum Period. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;16(73):19-28.
69. Asltooghi M, Ghodsi Z. The effects of Reflexology on sleep disorder in menopausal women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012;31:242-6.
70. Bahraini S, Naji A, Mannani R, Bekhradi R. The effect of massage therapy on the quality of sleep in women with multiple sclerosis being admitted by Isfahan M.S. Association. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2010;8(4):1-6.
71. Gezer O, Batmaz I, Sariyildiz MA, Sula B, Ucmak D, Bozkurt M, et al. Sleep quality in patients with psoriatic arthritis. *International journal of rheumatic diseases*. 2014;17(5):185X-185X (Electronic).
72. Pooranfar S, Shakoor E, Shafahi M, Salesi M, Karimi M, Roozbeh J, et al. The effect of exercise training on quality and quantity of sleep and lipid profile in renal transplant patients: a randomized clinical trial. *International journal of organ transplantation medicine*. 2014;5(4):157-65.
73. Ozturk ZA, Yesil YF, Mehmet E, Kuyumcu MF, Savas EF, Uygun O, et al. Association of depression and sleep quality with complications of type 2 diabetes in geriatric patients. *Aging clinical and experimental research*. 2014;26(12):1720-8319 (Electronic).
74. Dannel J, Charles F, Timothy H, Susan R, David J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*. 1988;28:193-213.
75. Raygani-Vaisi A, Ahmadi M, Rezaei M, Haydarpour B, Taghizadeh P. The effect of foot reflexology on anxiety after coronary artery bypass graft. *Arak Medical University Journal*. 2014;16(81):87-95.

76. Rigi F ,Feizi A, Naseri M, Salehi-Ardabili S, Bazdar P. THE EFFECT OF FOOT REFLEXOLOGY ON ANXIETY IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY REFERRED TO SEYED-AL-SHOHADA TEACHING HOSPITAL, URMIA, 2012. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 201.۸۳-۵۷۸:(۸)۱۱;۳
77. Yeung W, Chung K, Poon M, Ho F, Zhang S, Zhang Z. Acupressure, reflexology, and auricular acupressure for insomnia: a systematic review of randomized controlled trials. Sleep Med. 2012;13(8):971-84.
78. Field T, Hernandez-reif M, Diego M, Fraser M. Lower back pain and sleep disturbance are reduced following massage therapy. Journal of Bodywork and Movement Therapies. 2007;11:141-5.
79. Imani E, Imani A. The effect of foot massage on sleeping in hemodialysis patients. Shaheed Sadughi. 2.۸۲-۷۶:(۲)۱۷;۰۰۹

پیوست ها

ضمیمه شماره ۱: فرم ثبت اطلاعات زمینه ای و جمعیت شناختی

۱. سن: سال
۲. جنس: مرد ☐ زن ☐
۳. دفعات همودیالیز در هفته: یکبار ☐ دوبار ☐ سه بار ☐ چهاربار و بیشتر ☐
۴. مدت زمان درمان با همودیالیز:
۵. سابقه بیماری های زمینه ای:
۶. تحصیلات:
۷. مصرف داروهای خواب آور:

ضمیمه شماره ۲: گونه فارسی شاخص سنجش کیفیت خواب پیتزبورگ

- (۱) معمولاً چه ساعتی از شب به رختخواب می روید؟.....
- (۲) هر شب، پس از رفتن به رختخواب چند دقیقه، طول می کشد تا به خواب بروید؟.....
- (۳) معمولاً صبح ها چه ساعتی از خواب بیدار می شوید؟.....
- (۴) در طول شب چند ساعت خواب عمیق دارید؟ (این مدت ممکن است با مدت زمانی که در رختخواب هستید متفاوت باشد).....

سه بار یا بیشتر در هفته (۳)	۱ یا ۲ بار در هفته (۲)	کمتر از یک بار در هفته (۱)	چنین مشکلی نداشته ام (۰)	طی ۵ ماه گذشته، چند بار در به خواب رفتن مشکل داشته اید
				الف) ۳۰ دقیقه پس از رفتن به رختخواب، نتوانستید به خواب بروید.
				ب) نیمه شب یا نزدیک سحر از خواب بیدار شده اید
				ج) برای رفتن به دستشویی از خواب بیدار شده اید
				د) نتوانستید حین خواب به راحتی تنفس کنید
				و) با صدای بلند سرفه کرده یا خر و پف نموده اید
				ه) احساس سرمای شدید کرده اید
				پ) احساس گرمای شدید کرده اید
				ر) خواب بد دیده اید.
				ت) درد داشته اید.
				ط) دلیل یا دلایل دیگری که منجر به اشکال در به خواب رفتن شما شده است؛ لطفاً شرح دهید و دفعات وقوع آنرا در ماه گذشته ذکر کنید
				۶) طی ماه گذشته، چند بار از داروها، برای به خواب رفتن استفاده نموده اید؟
				۷) طی ماه گذشته، چند بار حین رانندگی، غذا خوردن یا شرکت در فعالیت های ورزشی، برای بیدار ماندن مشکل داشته اید؟
				۸) طی ماه گذشته، چقدر علاقه مند بودن در انجام فعالیت ها برای شما مشکل بوده است؟

خیلی بد (۳)	نسبتاً بد (۲)	نسبتاً خوب (۱)	خیلی خوب (۰)	
				۹ به طور کلی، کیفیت خواب خود را طی ماه گذشته، چگونه ارزیابی می کنید؟

ضمیمه شماره ۳: تعهدنامه

این پایان نامه مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد. مسئولیت صحت مطالب مندرج در این پایان نامه / رساله به عهده پژوهشگر می‌باشد و پژوهشگر تعهد می‌نماید در انتشار کلیه مقالات، کتب و ... حاصل از پایان نامه حاضر، حقوق معنوی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، اساتید راهنما و مشاور را حفظ کند.

نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو

ضمیمه شماره ۴: فرم اظهار نامه اصالت پایان نامه

بسمعه تعالی

تعریف:

"Plagiarism یا سرقت علمی/ ادبی به ارائه تکلیف بخشی از یک کار محوله می‌باشد که تماماً یا بخشی از آن کپی شده از کار سایر دانشجویان یا منابعی نظیر کتاب‌های چاپ شده، مجلات، سایت‌های اینترنتی باشد و هیچگونه ارجاعی به منبع مورد استفاده نشده باشد."

اینجانب رامین فرخیان دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه به شماره دانشجویی گواهی می‌نمایم که این پایان نامه پیوست تحت عنوان:

" بررسی تاثیر ماساژ بازتابی کف پا بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به

بیمارستان بوعلی قزوین در سال ۱۳۹۴"

به راهنمایی اساتید محترم جناب آقای دکتر محمدرضا شیخی کاملاً اصل بوده و بدون هر گونه سرقت علمی/ ادبی بر اساس تعریف فوق می‌باشد و تماماً یا قسمتی از آن توسط فرد دیگری در پایان نامه یا متون علمی دیگری ارائه نشده است. ضمناً اینجانب از مقررات مربوط به عدم رعایت صداقت در ارائه پایان نامه که منجر به مردود شدن و ارجاع به شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده می‌شود، اطلاع کافی دارم.

ضمیمه شماره ۵: رضایت نامه

تمامی رضایت نامه ها باید دارای امضاء و اثر انگشت مشخص بیمار مورد مطالعه باشد (در صورتی که بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و یا دچار اختلالات ذهنی باشد، رضایت نامه باید توسط ولی یا سرپرست قانونی وی تکمیل گردد).

پاسخ سوالات زیر باید توسط بیمار تکمیل گردد.

سوالات	بلی	خیر
آیا برگه اطلاعاتی فرد مورد پژوهش را مطالعه و امضاء کرده اید؟		
آیا فرصت پرسیدن سوال راجع به این مطالعه و پژوهش یا بحث و تبادل نظر در باره آن را داشته اید؟		
آیا برای تمامی سوالات خود، جواب قانع کننده دریافت کرده اید؟		
آیا درباره مطالعه، اطلاعات کافی به شما ارائه شده است؟		
مشارکت در این پژوهش کاملاً اختیاری است و هر زمان که بخواهید بدون ارائه دلیل می توانید کناره گیری نمایید. آیا از این موضوع اطلاع دارید؟		
نام فردی که در این مورد با او صحبت کرده اید را بنویسید.		

بدینوسیله اینجانب رضایت می دهم، که به عنوان یک فرد مورد مطالعه در پژوهش به سرپرستی شرکت نمایم.

ممکن است این تحقیق برای من فایده آنی نداشته باشد ولی احتمالاً برای سایر بیماران و رشد دانش پزشکی موثر خواهد بود. کلیه اطلاعاتی که از من گرفت می شود و نیز نام من محرمانه خواهد ماند و نتایج تحقیقات به صورت کلی و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر می گردد و نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه خواهد شد و همچنین برائت پزشک یا پزشکان این طرح را از کلیه اقدامات مذکور در برگه اطلاعاتی در صورت عدم تقصیر در ارائه اقدامات را اعلام می دارم. این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل دانشگاه، بیمارستان، پژوهشگر و کارمندان در صورتی که عملی خلاف و غیرانسانی انجام شود نخواهد بود.

نشانی و تلفنی که می توان با بیمار تماس گرفت:

امضاء پژوهشگر:

امضاء و اثر انگشت فرد مورد پژوهش به همراه تاریخ:

ضمیمه شماره ۶: تاییدیه کمیته اخلاق

تاریخ: ۱۳۹۴/۰۹/۲۶
شماره: ۲۸/۳۶/۱۱۳۳۳
پیوست: ندارد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین
معاونت پژوهشی
Deputy for Research
Qazvin University of Medical Sciences , Iran

گواهی می نماید:

پایان نامه کارشناسی ارشد با عنوان «بررسی تأثیر ماساژ بازتابی کف پا بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی قزوین در سال ۱۳۹۴» در نود و یکمین کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه مورخه ۹۴/۹/۱۸ مطرح و اجرای آن از نظر اخلاقی بلامانع اعلام شده است. مجریان پایان نامه مذکور آقایان رامین فرخیان و محمدرضا شیخی و شناسه اختصاصی آن IR.QUMS.REC.1394.240 می باشد.



معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی قزوین - بلوار شهید باهنر - قزوین
تلفن های تماس: ۳۳۳۷۰۰۶ - ۳۳۳۹۲۸۰ - ۲۲۳۹۲۵۶ - ۲۸۱ - ۲۸۱ - ۳۳۵۰۰۵۶ - ۲۸۱

E.mail : researchdpt @ qums.ac.ir

www.qums.ac.ir

Tel : +98 281 3337006 Fax : +98 281 3350056

Assessment the effect of foot reflexology massage on sleep quality in hemodialysis patients: IRCT

Ramin Farrokhian* (MSc.), Mohammad-Ali Soleimani** (PhD.), Mohammad-Reza Sheikhi*** (PhD.), Mahmoud Alipour**** (PhD.)

*MSc. in critical care nursing, Nursing and Midwifery School, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

**PhD. In Nursing, Paramedical School, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

***PhD. in Nursing, Psychological Nursing Department, Nursing and Midwifery School, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

****PhD in Biostatistics, Medical School, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Corresponding Author: Ramin Farrokhian, Nursing and Midwifery School, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
Email: r.farrokhian@qums.ac.ir

Abstract

Background & Aim: Sleep disorders are the most important problems faced by patients undergoing hemodialysis and this reduces the quality of life and causes various complications in these patients. On the other hand most of the way now for the treatment of sleep disorders is medication used by the patients, which in turn has its own complications. So, uncomplicated and effective intervention to address sleep disorders in these patients is particularly important. Foot reflexology massage is the intervention that is based on Reflexology, in addition to cost and availability, it has no complications. The aim of this study was to evaluate the effect of foot reflexology massage on sleep quality in hemodialysis patients.

Methods & Materials: This study is a clinical trial that was conducted on 62 hemodialysis patients. Patients divided into two groups of 31; a control group and reflexology group. Before the intervention Pittsburgh Sleep Quality Index Questionnaire for all patients in both groups was completed. In reflexology group, foot reflexology massage was implemented between dialysis sessions three days a week (from 6 am to 8 pm) for 4 weeks totally 12 sessions of 30 minutes (15 minutes each leg) by the researcher. After the intervention per week to 4 weeks sleep quality questionnaire was completed for patients. After collecting data, they were analyzed using SPSS version 24.

Results: Results showed that the mean sleep score in reflexology group before intervention is 13.61(2.02) and it decreased to 12.87(2.01) in first week after intervention, 10.74(2.20) in second week, 10.03(2.27) in third week and 9.22(1.90) in fourth week which showed significance differences rather than before intervention ($P=0.195$, $P=0.000$). Mean sleep score in control group before intervention is 13.96(2.37) and it increased to 14.67(1.68) after intervention and it hasn't significance difference ($P=0.253$).

Conclusion: Foot reflexology massage significantly increased sleep quality of hemodialysis patients with sleep disorders. Therefore, foot reflexology massage can be added as a useful intervention in schedule of hemodialysis patients.

Key words: Hemodialysis, Sleep Disorders, Foot Reflexology Massage



Qazvin University of Medical Sciences

School of Nursing and Midwifery

Thesis for Master Degree in Critical Care Nursing

Title

**Assessment the Effect of Foot Reflexology Massage on Sleep
Quality in Hemodialysis Patients Who Referred to Bu-Ali
Hospital in 2015**

Supervisor:

Dr. Mohammad-Reza Sheikhi

Advisor:

Dr. Mohammad-Ali Soleimani

Statistics Consulting:

Dr. Mahmoud Alipour

Student:

Ramin Farrokhian

October, 2016